

## IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

### az ápolási célú települési támogatás megállapításához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

#### I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg.

Fenti igazolást nevezett részére

..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény .....  
..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű  
igazolás/zárójelentés, alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy tartós betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

<sup>39</sup> Módosította a 4/2018.(V.28.) rendelet 3. §-a, hatályos 2018. május 29. napjától.