4. számú melléklet

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**[[1]](#footnote-1)

**az ápolási célú települési támogatás megállapításához**

*(Az ápolt 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

1. Módosította a 6/2018.(V.28.) rendelet 3. §-a, hatályos 2018. május 29. napjától. [↑](#footnote-ref-1)