

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**ápolási támogatás megállapításához**

*Igazolom, hogy*

**Kérelmező neve:** .....

**Születési neve:** .....

**Születési helye:** .....**születési idő:** .....**év** .....**hó** .....**nap**

**Anyja neve:** .....

**Társadalombiztosítási azonosító jele:** .....

**Tartósan beteg**

**A gondozás várható időtartama:**

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Az igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv  
..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy  
szakvéleménye, a ..... fekvőbeteg-  
szakellátást nyújtó intézmény .....  
szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott  
..... keltű igazolás/zárójelentés alapján  
állítottam ki.

Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra  
szorul.

....., .....**év** .....**hónap** .....**nap**

.....  
házi orvos aláírása, pecsétszáma

.....  
házi orvos munkahelyének címe