

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

a települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(A tartósan beteg 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.

A tartós betegség jellege:

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

☐ 3 hónapnál hosszabb, vagy

☐ 3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....

háziorvos aláírása

P. H.

Tájékoztató

Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.