

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozójának az ápolását, gondozását végző személy részére nyújtott települési támogatás megállapításához

(Az ápolott személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési

neve:

Anyja

neve:

Születési

hely,

év,

hó,

nap:

Lakóhely:

Tartózkodási

hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

☐ Súlyosan fogyatékos

súlyos fogyatékoságának jellege: ☐ látássérült ☐ hallássérült ☐ értelmi sérült ☐ mozgássérült,
vagy

☐ Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv
..... számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy a
megyei gyermek szakfőorvos számú igazolása, vagy fekvőbeteg-
szakellátást nyújtó intézmény szakrendelő intézet
szakorvosa által kiadott keltű igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet
Vizsgáló Szakértő Bizottság számú szakvéleménye alapján állítottam ki.²⁶⁸

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

☐ 3 hónapnál hosszabb, vagy

☐ 3 hónapnál rövidebb.

Dátum:

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.