

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

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

(Az ápoló 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 ☐ autista ☐ mozgássérült], vagy

☐ **Tartósan beteg** [csak akkor jelölhető, ha előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel], vagy

☐ Súlyos fogyatékosága vagy tartós betegsége **nem állapítható meg.**

Fenti igazolást nevezett részére

a rehabilitációs hatóságként eljáró (szerv megnevezése)

..... számú határozata, 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 megyei, pedagógiai

szakszolgálatként működő bizottság számú szakvéleménye alapján

állítottam ki.

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

O 3 hónapnál hosszabb, vagy

O 3 hónapnál rövidebb.

Kelt:,

p.h.

.....
háziorvos aláírása

.....
munkahelyének címe