

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOTRA VONATKOZÓ IGAZOLÁS

(házi orvos, kezelő orvos tölti ki)

Név (születési név): _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhely: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

1. Tét Város Önkormányzatától igényelt szociális étkeztetés igénybevétele esetén

1.1. Önellátásra vonatkozó megállapítások:

- Önellátásra képes
- Önellátásra nem képes

1.2. Fogyatékoság típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült):

Fogyatékoságáról orvosszakértői véleményt állítottak-e ki? _____

Fogyatékosági támogatásban részesül-e? _____

Dátum: _____

P.H.

Orvos aláírása