

6. melléklet a 2/2022. (II.23.) önkormányzati rendelethez

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**a helyi ápolási díj megállapításához / felülvizsgálatához**

(Az ápolat 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 ..... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó  
intézmény ..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű  
igazolás/zárójelentése alapján állítottam ki.

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: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.