3. melléklet

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolt 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: igen nem

Tartósan beteg: igen nem

II. **Szakvéleményem szerint** a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra/ápolásra szorul. A gondozás várható időtartama:
- 3 hónapnál hosszabb, vagy
- 3 hónapnál rövidebb.

Kelt.: .....

.....

háziorvos / kezelőorvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.