

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**a települési támogatás megállapításához**

*(Az ápolat személy háziiorvosa 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

az 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.

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.