

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

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 szakszolgálat 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.

☐ fogyatékosága/betegsége miatt nem szorul állandó és tartós gondozásra.

Dátum:

ph.

.....
házi orvos aláírása