

Tájékoztató a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

Simontornya Város Önkormányzata Képviselő-testületének a helyi szociális ellátásokról szóló 3/2015.(II.27.) önkormányzati rendelete 6.§ (2) bekezdése szerint az **ápolási támogatásra való jogosultság szempontjából:**

Tartósan beteg: az a 18. életévét betöltött személy, aki

a) *betegsége miatt ápolásra szorul, és mások segítségével nélkül önállóan nem képes*

aa) étkezni,

ab) tisztálkodni,

ac) öltözködni,

ad) illemhelyet használni,

ae) lakását elhagyni,

feltéve, hogy esetében **az aa)-ae) pontokban foglaltak közül legalább kettő egyidejűleg fennáll**, vagy

b) olyan betegségben szenved, ami miatt napi életviteléhez állandó és tartós felügyeletre szorul,

és az a) vagy b) pont szerinti állapot 3 hónapnál hosszabb időtartamban fennáll.

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatot kérem olvashatóan kitölteni.

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

az ápolási támogatás megállapításához/ kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Az ápolat személy adatai

Neve:

Születési neve:.....

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

II. Igazolom, hogy nevezett személy

tartósan beteg

nem tartósan beteg

A fenti igazolást nevezett részére

.....
.....

alapján állítottam ki.

(Az igazolás kiállításához a felhasznált hivatalos irat pontos megnevezése, kelte szükséges.)

III. A házi orvos megállapítása

Az ápolat személy mások személyes segítségével nélkül önállóan:

a) étkezni

képes

nem képes

b) tisztálkodni

képes

nem képes

c) öltözködni

képes

nem képes

d) illemhelyet használni

képes

nem képes

e) lakását elhagyni

képes

nem képes

IV. Szakvélemény

Szakvéleményem szerint fent nevezett személy

A) **Ápolásra szorul**

Indoklás:

.....
.....

B) **Állandó és tartós felügyeletre szorul**

Indoklás:

.....
.....

Szakvéleményem szerint az A) vagy B)* pont szerinti állapot

3 hónapnál hosszabb

3 hónapnál rövidebb

időtartamban fennáll. (* a megfelelő rész aláhúzendó)

Dátum:

P.H.

.....
házi orvos aláírása