

**Háziorvosi igazolás  
települési ápolási támogatás megállapításához**

*(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:

**tartósan beteg, és betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul.**

**A gondozás várható időtartama:**

- 3 hónapnál hosszabb vagy
- 3 hónapnál rövidebb.

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/zárójelentés

alapján állítottam ki.

Kelt:

P.h.

.....  
házi orvos aláírása  
munkahelyének címe