5.melléklet a 2/2015.(II.26.) önkormányzati rendelethez

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**

**a települési támogatás megállapításához**

*(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

súlyos fogyatékosságának 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 fogyatékossága/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.