

6. melléklet Kisláng Község Önkormányzata Képviselő-testületének
települési támogatásokról és szociális ellátásokról
szóló 15/2017.(IX.1.) önkormányzati rendelethez

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(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:

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére a 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:

P.H.

.....
háziiorvos aláírása
munkahelyének címe

Tájékoztató
a háziiorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából: Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.