

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