

**Háziorvosi igazolás**

**az étkeztetés szociális alapszolgáltatás igénybevételéhez**

Név (születési név):.....

Születési hely, idő: .....

Lakóhely:

.....

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: .....

Önmaga, illetve eltartottjai részére a legalább napi egyszeri meleg étkezését

- a) kora,
- b) egészségi állapota,
- c) fogyatékosága,
- d) pszichiátriai betegsége, vagy
- e) szenvedély betegsége\*

miatt nem képes biztosítani.

Diétás étkeztetésre vonatkozó javaslat, ha az indokolt:

.....

Ez az állapota

- a) tartós, éspedig előreláthatólag .....-ig fennáll,
- b) átmeneti jellegű, éspedig előreláthatólag .....-ig fennáll, vagy
- c) végleges.\*

Dátum: .....

Orvos neve, aláírása:

.....

P.H.

*\*A nem kívánt szövegrész törölendő*