

IGAZOLÁS

a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozójának az ápolását, gondozását végző személy részére nyújtott települési támogatás megállapításához

(Az ápoló személy háziőrvosa tölti ki.)

1. Igazolom, hogy

1.1 Neve:.....

1.2. Születési neve:

1.3. Anyja neve:.....

1.4. Születési helye, ideje (év, hó nap):.....

1.5. Lakóhelye:.....

1.6. Bejelentett tartózkodási helye:.....

1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg.*

Tiszaújváros, 20

.....
háziorvos aláírása

**Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*