

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

**az ápolás címén nyújtott települési támogatás megállapításához,
illetve annak kötelező felülvizsgálatához**

(Az ápolat 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 fogyatékoságának jellege:

látássérült hallássérült értelmi sérült mozgássérült, vagy

Tartósan beteg

Fenti igazolást nevezett részére

az Országos 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.

III. Nevezett önállóan nem képes:

étkezni

tisztálkodni

öltözködni

illemhelyet használni

lakáson belül közlekedni

Dátum:

.....

háziorvos aláírása
munkahelyének címe