***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához***

*(Az ápolt személy háziorvosa 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, alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

□ 3 hónapnál hosszabb, vagy

□ 3 hónapnál rövidebb.

Dátum: ................................................

................................................

háziorvos aláírása
munkahelyének címe