

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
a települési támogatás megállapításához
(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 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, 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.

Dátum:

.....

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.