

(Háziorvos tölti ki!)

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY AZ ÁPOLÁSI DÍJ MEGÁLLAPÍTÁSÁHOZ

I. Igazolom, hogy

Kérelmező neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye:.....Születési idő:.....

Anyja neve:.....

Állandó lakóhely:.....

Tartózkodási hely:.....

TAJ száma:.....

Fent nevezett tartósan beteg, szakvéleményem szerint nevezett személy tartós betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul.

A gondozás várható időtartama:

- 3 hónapnál hosszabb, vagy
- 3 hónapnál rövidebb

Hernád,év.....hónap.....nap

P.H.

.....
Háziorvos aláírása, pecsétszáma