

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
TELEPÜLÉSI TÁMOGATÁS/18. ÉLETÉVÉT BETÖLTÖTT TARTÓSAN
BETEG HOZZÁTARTOZÓ ÁPOLÁSÁHOZ, GONDOZÁSÁHOZ

(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

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, vagy a Tanulási Képességet
Vizsgáló Szakértő Bizottság számú szakvéleménye alapján állítottam ki.¹

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. Az ápolat körül elvégzendő feladatok:

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

Dátum:

P.H.

.....

háziorvos aláírása
munkahelyének címe

¹ Módosította: 213/2007. (VIII. 7.) Korm. rendelet 18. § me), 182/2009. (IX. 10.) Korm.
rendelet 453. §, 95/2012. (V. 15.) Korm. rendelet 35. § (2) d).
