

3. melléklet

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY

a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozójának az ápolását, gondozását végző személy részére nyújtott települési támogatás megállapításához

(Az ápoló 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.²⁶⁸

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:

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.