

IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához
(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve:

.....

Születési neve:

.....

Anyja neve:

.....

Születési hely, év, hó, nap:

.....

Lakóhely:

.....

Tartózkodási hely:

.....

TAJ száma:

.....

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.

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.

* A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41.§ (3) bekezdés b) pontja értelmében tartós beteg az a személy aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.