IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolt 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 fogyatékosságának jellege:

☐ látássérült ☐ hallássérült ☐ értelmi sérült ☐ mozgássérült], vagy

☐ **Tartósan beteg**
Fenti igazolást nevezett részére
a rehabilitációs hatóságként eljáró ..... (szerv megnevezése) ..... számú határozata, 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 ..... megyei pedagógiai szakszolgálat ..... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy

☐ fogyatékossága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

☐ 3 hónapnál hosszabb, vagy

☐ 3 hónapnál rövidebb.

☐ fogyatékossága/betegsége miatt nem szorul állandó és tartós gondozásra.

Dátum: .....

.....
háziorvos aláírása
.....
munkahelyének címe