

**IGAZOLÁS**  
**a kiemelt ápolási díjra jogosító körülmények fennállásáról**

1. Az igazolás kiállítását kérő személy neve:	
2. A gyermek	
2.1. neve:	
2.2. szül. ideje:	□□□□ év □□ hó □□ nap
2.3. anyja neve:	
2.4. TAJ-a:	□□□-□□□-□□□
<p style="text-align: center;"><b>A) Igazolás a kiemelt ápolási díjra jogosító betegség, fogyatékoság fennállásáról</b></p> <p>Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESZCSM rendelet <i>1. számú melléklete</i> szerinti, az ott meghatározott súlyosságú betegségek vagy fogyatékoságok valamelyikében szenved.</p> <p>Diagnózis:</p> <p style="margin-left: 20px;">  BNO  </p>	
<p style="text-align: center;"><b>B) Igazolás a kiemelt ápolási szükségletéről</b></p> <p>Igazolom, hogy fent nevezett gyermek – betegségéből vagy fogyatékoságából eredően – mások segítségével nélkül, önállóan nem képes illemhelyet használni, valamint lakáson belül – segédeszköz igénybevételével sem – közlekedni, továbbá</p> <p><input type="checkbox"/> étkezni,</p> <p><input type="checkbox"/> tisztálkodni,</p> <p><input type="checkbox"/> öltözködni.</p>	
Az igazolás érvényességi ideje: □□□□ év □□ hó □□ nap	
Kelt: ....., .....	
P. H.	..... szakorvos
P. H.	..... intézmény