

**Igazolás és szakvélemény az ápolási díj megállapításához/kötelező  
felülvizsgálatához**

(az ápolott személy háziorvosa tölti ki)

I. Igazolom, hogy

név: -----

születési név: -----

anyja neve: -----

születési hely, év, hó nap: -----

lakóhely: -----

tartózkodási hely: -----

TAJ-száma:-----

Súlyosan fogyatékos  
*súlyos fogyatékoságának jellege:*

látássérült       hallássérült       értelmi sérült       mozgássérült, vagy

tartósan beteg.

**Fenti igazolást nevezett részére**

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal .....fokú Szakértői Bizottságának  
..... számú szakvéleménye, vagy

..... megyei gyermek szakfőorvos .....számú  
igazolása, vagy

..... fekvőbeteg szakellátást nyújtó intézmény,  
..... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott  
..... keltű igazolás/zárójelentés, vagy

Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság ..... számú szakvéleménye  
alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményen szerint a fent nevezett személy fogyatékosága/betegsége miatt állandó és  
tartós gondosára szorul. A gondozás várható időtartama:

három hónapnál hosszabb, vagy

három hónapnál rövidebb.

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe