

**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 Hivatalfokú Szakértői Bizottságának
..... számú szakvéleménye, vagy

..... megyei gyermek szakfőorvosszámú
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