

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
**méltányossági ápolási támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához**

(Az ellátott személy háziorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve: .....  
Születési neve: .....  
Anyja neve: .....  
Születési hely, év, hó, nap: .....  
Lakóhely: .....  
Tartózkodási hely: .....  
Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

**Tartósan beteg**

**Az ellátott állapota 18. életéve betöltése előtt bekövetkezett, és azóta is folyamatosan fennáll.**

**Az állapot bekövetkeztének időpontja:**

.....

**Folyamatosan fennáll: (megfelelő aláhúzendó)**

- **igen**
- **nem**

Fenti igazolást nevezett részére

a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal ... fokú szakértői bizottságának ..... 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 betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. A gondozás várható időtartama:

- 3 hónapnál hosszabb, vagy
- 3 hónapnál rövidebb.

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.

Tájékoztató  
a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A pénzbeli és természetbeni ellátások helyi szabályairól szóló önkormányzati rendelet 27. § (1-2) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

*1. Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*