

## IGAZOLÁS

### ***a gyermekek otthongondozási díja, illetve az ápolási díj megállapításához vagy kötelező felülvizsgálatához***

(Az ápolat személy háziorvosa, házi gyermekorvosa tölti ki.)

I. Igazolom, hogy

Neve: .....

Születési neve: .....

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

**Súlyosan fogyatékos**

[súlyos fogyatékoságának jellege:

látássérült  hallássérült  értelmi sérült  autista  mozgássérült], vagy

**Tartósan beteg** [csak akkor jelölhető, ha előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel], vagy

Súlyos fogyatékosága vagy tartós betegsége **nem állapítható meg.**

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 szakszolgálatként működő bizottság ..... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

Kelt: ....., .....

.....  
háziorvos (házi gyermekorvos) aláírása

.....  
munkahelyének címe