



HAJDÚ-BIHAR MEGYEI
KORMÁNYHIVATAL

NYÍRADONYI JÁRÁSI HIVATALA

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

