

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY**  
*az települési támogatás megállapításához/kötelező felülvizsgálatához*  
 (Az ápoló 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.\***

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.

\* *tartósan beteg: az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.*

Abony, 202... ..

.....  
 háziorvos aláírása  
 munkahelyének címe

***Igazolás a települési ápolási támogatás megállapításához***

Igazolom, hogy ..... (név)

Anyja neve: .....

Születési hely, év, hó, nap: .....

Lakóhely: .....

Tartózkodási hely: .....

„A” közoktatási intézmény tanulója,  
 „C” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,  
 „D” felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az intézmény megnevezése: .....

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

meghaladja          nem haladja meg.

A „C” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevétele, illetőleg a „D” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát

meghaladja          nem haladja meg.

Az „A”-„D” pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

szükségessé teszi          nem teszi szükségessé.

Dátum: .....

P. H.

.....  
 intézményvezető