

**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