***5. számú melléklet a 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelethez***

***IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY
az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához***

*(Az ápolt személy háziorvosa tölti ki.)*

I. Igazolom, hogy

Neve: ...............................................................................................................................

Születési neve: .................................................................................................................

Anyja neve: ......................................................................................................................

Születési hely, év, hó, nap: ...............................................................................................

Lakóhely: .........................................................................................................................

Tartózkodási hely: ............................................................................................................

Társadalombiztosítási Azonosító Jele: ...............................................................................

□ **Súlyosan fogyatékos**

súlyos fogyatékosságának jellege: □ látássérült □ hallássérült □ értelmi sérült □ mozgássérült, vagy

□ **Tartósan beteg**

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 szakszolgálat .................... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy

□ fogyatékossága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul;

A gondozás várható időtartama:

□ 3 hónapnál hosszabb, vagy

□ 3 hónapnál rövidebb.

□ fogyatékossága/betegsége miatt nem szorul állandó és tartós gondozásra.

Dátum: ................................................

................................................
háziorvos aláírása
munkahelyének címe