

BAJI POLGÁRMESTERI HIVATAL
2836 Baj, Petőfi S. u. 50.
Tel.: 34/488-597, fax: 34/488-020

Háziorvosi igazolás
települési ápolási támogatás megállapításához
(Az ápolat személy háziorvosa tölti ki!)
(3/2015. (II.24.) ÖR. 6. melléklete)

I. Igazolom, hogy

Neve:
Születési neve:
Anyja neve:
Születési hely, év, hó, nap:
Lakóhely:
Tartózkodási hely:
Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

tartósan beteg, és betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul.

A gondozás várható időtartama:

- 3 hónapnál hosszabb vagy
- 3 hónapnál rövidebb.

Fenti igazolást nevezett részére

- a Nemzeti Rehabilitációs és Szociális Hivatal vagy a rehabilitációs szakigazgatási szerv számú szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy
- a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott keltű igazolás/zárójelentés

alapján állítottam ki.

Kelt:

P.h.

.....
háziorvos aláírása
munkahelyének címe