

	<p>SZAKVÉLEMÉNY</p> <p>a 18. életévét betöltött tartósan beteg hozzátartozójának az ápolását, gondozását végző személy részére</p> <p>települési támogatás megállapításához (Az ápoló személy háziorvosa tölti ki.)</p>	<p>Kecskemét Megyei Jogú Város Polgármesteri Hivatal Hatósági Iroda Szociálpolitikai Osztály 6000 Kecskemét, Kossuth tér 1.</p>
---	--	---

I. Igazolom, hogy

Neve:

Születési neve:

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

Társadalombiztosítási Azonosító Jele:

Tartósan beteg

Tartósan nem beteg

Betegség megnevezése:

Fenti igazolást nevezett részére a rehabilitációs hatóságként eljáró (szerv megnevezése)számú határozata, szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, vagy fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény szakrendelő intézet szakorvosa által kiadottkeltű igazolás/zárójelentés, szakvéleménye alapján állítottam ki.

II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul, önellátásra **képes / nem képes**.

A betegség fennállásának várható időtartama: egy évnél kevesebb

egy évet meghaladó

Dátum:

.....
házi orvos aláírása
munkahelyének címe

P. H.

Tartósan beteg az a személy, aki előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.