

**6. melléklet a 13/2021. (XI.25.) önkormányzati rendelethez**

**IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY  
a helyi ápolási díj megállapításához / felülvizsgálatához**

*(Az ápolott 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 fogyatékoságának jellege:  látássérült  hallássérült  értelmi sérült  mozgássérült, vagy  
 Tartósan beteg

**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/zárójelentése alapján állítottam ki.

**II. Szakvéleményem szerint a fent nevezett személy fogyatékosága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra  
szorul. A gondozás várható időtartama:**

- 3 hónapnál hosszabb, vagy  
 3 hónapnál rövidebb.

Dátum: .....

.....  
háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

P. H.