Háziorvosi igazolás és szakvélemény ápolási díj megállapításához/felülvizsgálatához

**Galambok Önkormányzatának Képviselő-testülete[[1]](#footnote-1)**

Galambok

Ady Endre u 2.

8754

# IGAZOLÁS ÉS SZAKVÉLEMÉNY az ápolási díj megállapításához/kötelező felülvizsgálatához[[2]](#footnote-2)

**I. Igazolom, hogy**

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

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

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

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

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

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

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

□ Súlyosan fogyatékos[[3]](#footnote-3)

súlyos fogyatékosságának 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 ...................... megyei gyermek szakfőorvos .................... számú igazolása, vagy ........................... fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény ....................................................... szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott .................... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértő Bizottság .................... számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

**II. Szakvéleményem szerint** a fent nevezett személy fogyatékossága/betegsége miatt állandó és tartós gondozásra szorul. **A gondozás várható időtartama:[[4]](#footnote-4)**

□ 3 hónapnál hosszabb, vagy

□ 3 hónapnál rövidebb.

Kelt,…………………….. (hely), ……….. (év) ………. (hó) …… (nap)

P.H. ................................................

háziorvos aláírása   
munkahelyének címe

# 

# Tájékoztató a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése szerint az ápolási díjra való jogosultság szempontjából:

***1. Súlyosan fogyatékos személy***az, akinek

*a)* segédeszközzel vagy műtéti úton nem korrigálható módon látóképessége teljesen hiányzik, vagy aliglátóként minimális látásmaradvánnyal rendelkezik, és ezért kizárólag tapintó-halló életmód folytatására képes,

*b)* hallásvesztesége olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértésére és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodás miatt a hangzó beszéd érthető ejtése elmarad,

*c)* értelmi akadályozottsága genetikai, illetőleg magzati károsodás vagy szülési trauma következtében, továbbá tizennegyedik életévét megelőzően bekövetkező súlyos betegség miatt középsúlyos vagy annál nagyobb mértékű, továbbá aki IQ értékétől függetlenül a személyiség egészét érintő (pervazív) fejlődési zavarban szenved, és az autonómiai tesztek alapján állapota súlyosnak vagy középsúlyosnak minősíthető (BNO szerinti besorolása: F84.0-F84.9),

*d)* mozgásszervi károsodása, illetőleg funkciózavara olyan mértékű, hogy helyváltoztatása a külön jogszabályban meghatározott segédeszköz állandó és szükségszerű használatát igényli, vagy állapota miatt helyváltoztatásra még segédeszközzel sem képes, vagy végtaghiánya miatt önmaga ellátására nem képes és állandó ápolásra, gondozásra szorul.

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

1. A Szoctv. 25. § (3) bekezdés *b)* pontja értelmében a települési önkormányzat képviselő-testülete szociális rászorultság esetén a Szoctv.-ben, illetve az önkormányzat rendeletében meghatározott feltételek szerint **méltányossági ápolási díjat** állapíthat meg annak a hozzátartozónak, **aki 18. életévét betöltött tartósan beteg személy ápolását, gondozását végzi**. A kérelem mellé csatolni kell a háziorvos által kiállított jelen igazolást. A jogosultság megállapítása szempontjából figyelembe vehető egy főre számított havi családi jövedelemhatárt úgy kell szabályozni, hogy az önkormányzat rendelete az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegénél, egyedülálló esetén annak 150%-ánál alacsonyabb jövedelmi jogosultsági feltételt nem írhat elő. (Szoctv. 43/B. §) [↑](#footnote-ref-1)
2. A 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet *5. számú melléklete* alapján. *Az ápolt személy háziorvosa tölti ki!!* [↑](#footnote-ref-2)
3. A megfelelő választ X-szel kell jelölni! [↑](#footnote-ref-3)
4. A megfelelő választ X-szel kell jelölni! [↑](#footnote-ref-4)