|  |  |
| --- | --- |
| **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 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: | |
| □ 3 hónapnál hosszabb, vagy | |
| □ 3 hónapnál rövidebb. | |
| Dátum: ............................................................ | |
|  | .....................................................  háziorvos aláírása  munkahelyének címe |
| P. H. | |

**Tájékoztató**

**a háziorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez**

A megfelelő választ X-szel kell jelölni, illetve a hiányzó adatokat kitölteni.

A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló [1993. évi III. törvény 41. § (3) bekezdése](http://www.opten.hu/loadpage.php?dest=OISZ&twhich=1809" \l "sid379648) 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.