

**Igazolás és szakvélemény**  
az ápolási díj megállapításához/kötelező 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

Az Országos Orvosszakértői Intézet ..... fokú Orvosi Bizottságának ..... számú

szakvéleménye, vagy a ..... megyei gyermek szakfőorvos

..... számú igazolása, vagy .....

fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény .....

szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott ..... keltű igazolás/zárójelentés, vagy a

Tanulási Képességeket Vizsgáló Szakértő Bizottság ..... számú szakvéleménye

alapján állítottam ki.

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

3 hónapnál hosszabb, vagy

3 hónapnál rövidebb.

Dátum: .....

P.H.

.....

háziorvos aláírása  
munkahelyének címe

# TÁJÉKOZTATÓ

a háziiorvosi igazolás és szakvélemény kitöltéséhez

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

A szociális igazgatásról és ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény 41.§(3) bekezdése szerint 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) hallásvesztése olyan mértékű, hogy a beszédnek hallás útján történő megértése és spontán elsajátítására segédeszközzel sem képes, és halláskárosodása 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 közép súlyos 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 közép súlyosnak 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.

---

\* A súlyos fogyatékoság minősítésének és felülvizsgálatának, valamint a fogyatékosági támogatás folyósításának szabályairól szóló 141/2000.(VIII.9.) Kormányrendelet.

## Igazolás az ápolási díj megállapításához

Igazolom, hogy

Név: \_\_\_\_\_

Anyja neve: \_\_\_\_\_

Születési helye, év, hó, nap: \_\_\_\_\_

Lakóhely: \_\_\_\_\_

Tartózkodási hely: \_\_\_\_\_

„A” közoktatási intézmény tanulója,

„B” óvodai nevelésben részesül,

„C” nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

„D” felsőoktatási intézmény hallgatója.

Az intézmény megnevezése: \_\_\_\_\_

Az „A” pontban foglalt esetben az intézményben eltöltött idő a kötelező tanórai foglalkozások időtartamát

megaladja

nem haladja meg.

A „B” - „C” pontban foglalt esetben az intézmény igénybevétele, illetőleg a „D” pont szerinti esetben az intézmény látogatási kötelezettségének időtartama átlagosan a napi 5 órát

megaladja

nem haladja meg.

Az „A” – „D” pontban foglalt intézmény igénybevétele az ápolást végző személy rendszeres közreműködését

szükségessé teszi

nem teszi szükségessé.

Dátum: \_\_\_\_\_

P.H.

.....  
intézményvezető