

IGAZOLÁS

a gyermekek otthongondozási díja, illetve az ápolási díj megállapításához vagy kötelező felülvizsgálatához

(Az ápolat személy háziorvosa, házi gyermekorvosa 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 autista mozgássérült], vagy

Tartósan beteg [csak akkor jelölhető, ha előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel], vagy

Súlyos fogyatékosága vagy tartós betegsége **nem állapítható meg.**

Fenti igazolást nevezett részére

a rehabilitációs hatóságként eljáró (szerv megnevezése) számú határozata, 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 megyei, pedagógiai szakszolgálatként működő bizottság számú szakvéleménye alapján állítottam ki.

Kelt:

.....
háziorvos (házi gyermekorvos) aláírása

.....
munkahelyének címe

***Igazolás a gyermekek otthongondozási díja, valamint az ápolási díj
megállapításához***

Igazolom, hogy (név)

Anyja neve:

Születési hely, év, hó, nap:

Lakóhely:

Tartózkodási hely:

„A” köznevelési 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 nemzeti köznevelésről szóló törvényben a köznevelési intézményben való kötelező tartózkodásra meghatározott időtartamot

meghaladja nem haladja meg.

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

meghaladja 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

IGAZOLÁS
a kiemelt ápolási díjra jogosító körülmények fennállásáról

1. Az igazolás kiállítását kérő személy neve:																
2. A gyermek																
2.1. neve:																
2.2. szül. ideje:	□□□□ év □□ hó □□ nap															
2.3. anyja neve:																
2.4. TAJ-a:	□□□-□□□-□□□															
<p style="text-align: center;">A) Igazolás a kiemelt ápolási díjra jogosító betegség, fogyatékoság fennállásáról</p> <p>Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESZCSM rendelet 1. számú melléklete szerinti, az ott meghatározott súlyosságú betegségek vagy fogyatékoságok valamelyikében szenved.</p> <p>Diagnózis:</p> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 150px; height: 20px;">BNO</td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td><td style="height: 20px;"></td></tr></table>		BNO														
BNO																
<p style="text-align: center;">B) Igazolás a kiemelt ápolási szükségletéről</p> <p>Igazolom, hogy fent nevezett gyermek – betegségéből vagy fogyatékoságából eredően – mások segítségével nélkül, önállóan nem képes illemhelyet használni, valamint lakáson belül – segédeszköz igénybevételével sem – közlekedni, továbbá</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> étkezni,<input type="checkbox"/> tisztálkodni,<input type="checkbox"/> öltözködni.																
Az igazolás érvényességi ideje:	□□□□ év □□ hó □□ nap															
Kelt:																
P. H. szakorvos															
P. H. intézmény															

TÁJÉKOZTATÓ

Az igazolást az a szakorvos állítja ki, aki a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről, fogyatékoságokról szóló igazolást kiállítására a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékoságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESZCSM rendelet (a továbbiakban: Mcspr.) alapján jogosult.

Az igazolás A) részében a kiemelt ápolási díjra jogosító betegség, fogyatékoság fennállását kell igazolni.

A kiemelt ápolási díjra jogosító betegségek és fogyatékoságok köre megegyezik az Mcspr. *1. számú mellékletében* felsorolt betegségekkel és fogyatékoságokkal.

Az igazolás B) részében a kiemelt ápolási szükséglet fennállását kell igazolni.

A kiemelt ápolási szükséglet akkor áll fenn, ha a gyermek – csakis a betegségéből, fogyatékoságából eredően – mások segítségével nélkül önállóan nem képes illemhelyet használni és a lakáson belül – segédeszköz igénybevételével sem – közlekedni, valamint, ha ezen túlmenően az alábbi három tevékenység közül legalább kettőt önállóan nem képes elvégezni:

- étkezés,
- öltözködés,
- tisztálkodás.

Az igazolás érvényességi ideje legfeljebb a magasabb összegű családi pótlékra jogosító állapot esedékes felülvizsgálatának időpontjáig tart. Ha az állapot véglegessége folytán az ápolott személy magasabb összegű családi pótlékra jogosító állapotának felülvizsgálata nem szükséges, az igazolás legfeljebb az ápolott személy 18. életének betöltéséig érvényes.