

3. melléklet az 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelethez²⁶

IGAZOLÁS
tartósan beteg, vagy súlyosan fogyatékos gyermekről

Igénylő neve: Szül.: □□□□ év □□ hó □□ nap

Lakcím: TAJ-száma: □□□-□□□-□□□

Gyermek TAJ-száma: □□□-□□□-□□□ Szül.: □□□□ év □□ hó □□ nap

I.

Szakorvos állítja ki!

Gyermek neve:

Anyja neve:

Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek - tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága miatt - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. § *f)* pont *fa)* alpontjában foglaltaknak megfelel.

Diagnózis:

BNO

Betűjele*:

Számjele*:

Fenti betegség, súlyos fogyatékoság a kiállítás dátumát megelőzően legalább 2 hónapon keresztül fennállt nem állt fenn.

- Következő felülvizsgálat időpontja: □□□□ év □□ hó □□ nap

- Az állapot véglegessége folytán rendszeres felülvizsgálat nem szükséges.

*P) betűjel esetén az egyes betegségek/fogyatékoságok betűjelét és számjelét is fel kell tüntetni.

Amennyiben a betegség valamely fogyatékoságot is okoz, akkor a betegség és a fogyatékoság betű- és számjelét is fel kell tüntetni.

Kiállítás dátuma:

P. H.

.....
szakorvos

P. H.

.....
intézmény

II.

Szakorvos állítja ki!

Gyermek neve:

Anyja neve:

A fent nevezett gyermek - tartós betegség, illetve súlyos fogyatékoság hiányában - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. § *f)* pont *fa)* alpontjában foglaltaknak nem felel

meg.
Kiállítás dátuma:
P. H.

.....
szakorvos
P. H.

.....
intézmény

III.

Szakorvos állítja ki!
Gyermek neve:

.....
.....

Anyja neve:

.....
.....

Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága - állapotjavulás, illetve gyógyulás miatt - nem felel meg a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. § f) pont *fá)* alpontjában foglalt feltételeknek.

Kiállítás dátuma:
P. H.

.....
szakorvos
P. H.

.....
intézmény