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

*(Az ápolt 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 fogyatékosságának 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 fogyatékossága 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

Kitöltési segédlet

**A szociális igazgatásról és szociális ellátásokrólszóló 1993. évi III. törvény** *(a továbbiakban: Szt.)* **szabályozása alapján az ápolási díj és a gyermekek otthongondozási díja tekintetében:**

* **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 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 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.

* **tartósan beteg az a személy**, aki egészségi állapotára figyelemmel előreláthatóan három hónapnál hosszabb időtartamban ápolásra, gondozásra szorul.

*[Szt. 38. § (2)-(3) bekezdése, 41. § (3) bekezdése]*

**Az igazolás az alábbi iratokra alapozva állítható ki:**

*a)* a rehabilitációs hatóság súlyos fogyatékosság minősítését tartalmazó, érvényes és hatályos szakhatósági állásfoglalása vagy szakvéleménye, illetve a fogyatékossági támogatással összefüggő feladatkörében eljáró hatóság határozata, vagy

*b)* a szakmailag illetékes szakfelügyelő főorvos igazolása, vagy

*c)* a fekvőbeteg-szakellátást nyújtó intézmény vagy területileg illetékes szakrendelő intézet szakorvosa által kiadott zárójelentés, igazolás, vagy

*d)* a sajátos nevelési igény tényét megállapító, pedagógiai szakszolgálatként működő tanulási képességet vizsgáló szakértői és rehabilitációs bizottság, illetve az országos szakértői és rehabilitációs tevékenységet végző bizottság szakértői véleménye.

*[A pénzbeli és természetbeni szociális ellátások igénylésének és megállapításának, valamint folyósításának részletes szabályairól szóló 63/2006. (III. 27.) Korm. rendelet 20. § (4) bekezdése, 25. § (2) bekezdése]*