***KÉRELEM
a gyermekek otthongondozási díjának megállapítására***

1. Az ápolást végző személyre vonatkozó adatok

*1.1. Személyes adatok*

1.1.1. Neve:……………………………………………………………………………………………………….

1.1.2. Születési neve:……………………………………………………………………………………………..

1.1.3. Anyja neve:………………………………………………………………………………………………...

1.1.4. Születési hely, idő:…………………………………………………………………………………………

1.1.5. □ Lakóhelye:……………………………………………………………………………………………….

1.1.6. □ Tartózkodási helye:…….………………………………………………………………………………...

*/Amennyiben lakóhelye és tartózkodási helye is van, X-szel jelölje, hogy melyik címen él életvitelszerűen./*

1.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:……………………………………………………………………..

1.1.8. Adóazonosító jele:………………………………………………………………………………………….

1.1.9. Az ápolt személlyel való rokoni kapcsolata:……………………………………………………………….

1.1.10. Elérhetőségek:

Telefonszám:…………………………………………………………………...

E-mail-cím: …………………………………………………………………….

1.1.11. Fizetési számlaszám (akkor kell megadni, ha a folyósítást fizetési számlaszámra kéri): ………………..

…………………………………………………………………………………………………………………….

1.1.12. A fizetési számlát vezető pénzintézet neve:………………………………………………………………

1.1.13. A kérelmező idegenrendészeti státusza (nem magyar állampolgárság esetén):

1.1.13.1. □ szabad mozgás és tartózkodás jogával rendelkező, vagy

1.1.13.2. □ EU kék kártyával rendelkező, vagy

1.1.13.3. □ bevándorolt/letelepedett, vagy

1.1.13.4. □ menekült/oltalmazott/hontalan.

*1.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó adatok*

1.2.1*.* A gyermekek otthongondozási díjának megállapítását arra való tekintettel kérem, hogy az ápolt személy önellátásra képtelen és:

1.2.1.1. □ súlyosan fogyatékos,

1.2.1.2. □ tartósan beteg.

1.2.2. Tudomásul veszem az önellátásra való képesség megállapítására irányuló vizsgálat elvégzésének szükségességét.

1.2.3. Kijelentem, hogy

1.2.3.1. keresőtevékenységet:

1.2.3.1.1. □ nem folytatok,

1.2.3.1.2. □ napi 4 órát meg nem haladó időtartamban folytatok,

1.2.3.1.3. □ otthonomban folytatok;

1.2.3.2. □ nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban nem állok,

 □ nappali tagozaton tanulói, hallgatói jogviszonyban állok;

1.2.3.3. rendszeres pénzellátásban

1.2.3.3.1. □ részesülök és annak havi összege:…………………………………………………………………...

1.2.3.3.2. □ nem részesülök, de részemre más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás van folyamatban,

1.2.3.3.3. □ nem részesülök és részemre más rendszeres pénzellátás megállapítására irányuló eljárás nincs folyamatban;

1.2.3.4. azon gyermek után, akire tekintettel gyermekek otthongondozási díját igénylek, CSED-ben, GYED-ben vagy GYES-ben, GYET-ben

□ részesülök,

□ nem részesülök.

1.2.3.4.1. tartós ápolást végzők időskori támogatásában

 □ részesülök

 □ nem részesülök

1.2.3.5. az ápolási tevékenységet:

1.2.3.5.1. □ a lakóhelyemen/tartózkodási helyemen,

1.2.3.5.2. □ az ápolt személy lakóhelyén/tartózkodási helyén

végzem (a megfelelő aláhúzandó).

1.2.4. Kérjük, jelölje, ha az ápolt személy:

□ iskola tanulója,

□ óvodai nevelésben részesül,

□ nappali szociális intézményi ellátásban részesül,

□ felsőoktatási intézmény hallgatója.

1.2.5. Ha a gyermekek otthongondozási díjára való jogosultságot nem szülő kérelmezi,

1.2.5.1. a jogosultságot megalapozó tény:

1.2.5.1.1.   □ szülő halála,

1.2.5.1.2.   □ szülő felügyeleti jogának megszűnése vagy szünetelése,

1.2.5.1.3.   □ a szülő a gyermek állandó és tartós gondozásában a saját egészségi állapotára figyelemmel akadályozottá vált.

1.2.5.2. a gyermek ápolása révén korábban gyermekek otthongondozási díjában részesült szülő

1.2.5.2.1.   neve:………………………………………………………………………………………………….

1.2.5.2.2.   anyja neve:……………………………………………………………………………………………

1.2.5.2.3.   születési helye, ideje:………………………………………………………………………………..

1.2.5.2.4.   Társadalombiztosítási Azonosító Jele:……………………………………………………………….

1.2.6. Kérjük jelölje:

□ ha az ápolt személy fogyatékossági támogatásra jogosult,

□ ha az ápolt személy vakok személyi járadékára jogosult,

□ ha az ápolt személy rokkantsági járadékra jogosult.

2. Az ápolt gyermekre vonatkozó adatok\*

*2.1. Személyes adatok*

2.1.1. Neve:………………………………………………………………….……………………………………

2.1.2. Születési neve:……………………………………………………………………………………………...

2.1.3. Anyja neve:………………………………………………………………………………………………...

2.1.4. Születési hely, idő:…………………………………………………………………………………………

2.1.5. Lakóhelye:………………………………………………………………………………………………….

2.1.6. Tartózkodási helye:………………………………………………………………………………………...

2.1.7. Társadalombiztosítási Azonosító Jele:……………………………………………………………………..

2.1.8. Ha az ápolt személy cselekvőképtelen vagy cselekvőképességében teljesen korlátozott, a törvényes képviselő neve:………………………………………………………………………………………………………

2.1.9. A törvényes képviselő lakcíme:……………………………………………………………………………

\* Amennyiben a gyermekek otthongondozási díját több gyermek ápolására tekintettel igénylik, kérjük valamennyi ápolt gyermek adatainak feltüntetését.

*2.2. Jogosultsági feltételekre vonatkozó nyilatkozat*

2.2.1. □ Egyetértek azzal, hogy az otthoni ápolásomat, gondozásomat az ápolási díjat kérelmező hozzátartozóm végezze.

2.2.2. □ Hozzájárulok ahhoz, hogy az önellátási képességem megítéléséhez, ezzel összefüggésben az ápolási igény megállapításához szükséges vizsgálatokat elvégezzék.

3. Elektronikus ügyintézésre vonatkozó nyilatkozat:

3.1. ügyfélkapu regisztrációval rendelkezem □ igen □ nem

3.2. hozzájárulok ahhoz, hogy a hatóság az eljárás során elektronikus úton tartson velem kapcsolatot

 □ igen □ nem *(Csak abban az esetben töltendő, ha a 3.1. pontra igen-nel válazolt!)*

4. Hozzájárulok a kérelemben szereplő adatoknak a szociális igazgatási eljárás során történő felhasználásához.

5. Kelt: ........................................................................ ,......................................................

|  |  |
| --- | --- |
|   |   |
|  ................................................................... |  ........................................................................... |
|  kérelmező aláírása | ápolt személy vagy törvényes képviselője aláírása |
| **6. Tájékoztató a kérelem kitöltéséhez** |

*A megfelelő választ X-szel kell jelölni, és a hiányzó adatokat ki kell tölteni.*

6.1. A szociális igazgatásról és szociális ellátásokról szóló 1993. évi III. törvény (a továbbiakban: Szt.) 38. § (1) bekezdése értelmében gyermekek otthongondozási díjára vér szerinti és örökbefogadó szülő jogosult. A jogosultság a szülőn kívül a gyermek más, a gyermekkel közös háztartásban élő hozzátartozója számára akkor állapítható meg, ha a szülőnek az ellátásra való jogosultságát a gyermekre tekintettel korábban már megállapították, de a szülő meghalt, a szülői felügyeleti joga – a törvényben meghatározott esetekben – szünetel, illetve azt a bíróság megszüntette, vagy a gyermek állandó és tartós gondozásában a saját egészségi állapotára figyelemmel akadályozottá vált. [Szt. 39.§ (1) bekezdés]

6.2. *nem jogosult gyermekek otthongondozási díjára a hozzátartozó,* ha:

6.2.1. keresőtevékenységet folytat és munkaideje - az otthon történő munkavégzés kivételével - a napi 4 órát meghaladja,

6.2.2. szakiskola, középiskola, illetve felsőoktatási intézmény nappali tagozatos tanulója, hallgatója,

6.2.3. rendszeres pénzellátásban részesül és annak összege meghaladja a gyermekek otthongondozási díjának összegét. Azt, hogy mely ellátások tekintendőek rendszeres pénzellátásnak, az Szt. részletezi.

6.3. Önellátásra képtelen a gyermek, ha a 63/2006. (III.27.) Korm. rendeletben meghatározott feltételeknek megfelelő szakértő e tényt az ott meghatározott feltételek alapján, szakvéleményben megállapítja. Az önellátásra való képtelenség értékelésének szempont- és pontozási rendszerét a 63/2006. (III.27.) Korm. rendelet 1. melléklete tartalmazza.

6.4. *A kérelem 1.2.4. pontját* abban az esetben kell kitölteni, ha az ápolt személy köznevelési intézmény tanulója, óvodai nevelésben részesül, nappali szociális intézményi ellátásban részesül vagy felsőoktatási intézmény hallgatója. Az erről szóló igazolást a kérelemhez csatolni kell.

6.5. Amennyiben az ellátás megállapítását

6.5.1. *6 éven aluli gyermek* ápolására tekintettel kérik, a kérelemhez mellékelni kell a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségek és fogyatékosságok igazolására miniszteri rendelet alapján kijelölt *szakorvos igazolását* az ápolt gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg állapotáról, illetve önellátási képességének mértékéről.

6.5.2. *6 éven felüli személy* ápolására tekintettel kérik, a kérelemhez mellékelni kell a *háziorvos vagy házi gyermekorvos igazolását* arról, hogy az ápolt gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg. A háziorvos igazolását nem kell csatolni, ha az ápolt személy fogyatékossági támogatásra, vagy vakok személyi járadékára, vagy rokkantsági járadékra jogosult.

***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]*

***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

***SZAKMAI VÉLEMÉNY
gyermekek otthongondozási díjának megállapításához, felülvizsgálatához***

*1. Az ápolt személy* személyes adatai

1.1. Neve: .....................................................................................................................................

1.2. Születési neve: .......................................................................................................................

1.3. Anyja neve: ..........................................................................................................................

1.4. Születési hely, év, hó, nap: ....................................................................................................

1.5. Ápolt személy lakóhelye: ......................................................................................................

1.6. Tartózkodási helye: ...............................................................................................................

*2. Igazolás* az ápolt gyermek súlyosan fogyatékos vagy tartósan beteg állapotáról *[kizárólag a 6 éven aluli gyermek esetén töltendő ki!]*

2.1. Igazolom, hogy a fent nevezett gyermek a magasabb összegű családi pótlékra jogosító betegségekről és fogyatékosságokról szóló 5/2003. (II. 19.) ESzCsM rendelet *1. számú melléklete* szerinti, az ott meghatározott súlyosságú betegségek vagy fogyatékosságok valamelyikében szenved.

2.2. Diagnózis: *............................................................................................................................. ................................................................................................................................................*

*……………………………………………………………………………………………………………….*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| BNO |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

2.3. Fenti diagnózis alapján az ápolt gyermek:

2.3.1. □ **Súlyosan fogyatékos**

2.3.1.1. [súlyos fogyatékosságának jellege:

□ látássérült □ hallássérült □ értelmi sérült □ autista □ mozgássérült], vagy

2.3.2. □ **Tartósan beteg [**csak akkor jelölhető, ha előreláthatólag három hónapnál hosszabb időtartamban állandó ápolást, gondozást igényel.

2.3.3. Szakvéleményt kiállító szakorvos neve: ……………………………………

2.3.4. Szakvéleményt kiállító szakorvos elérhetősége (telefonszám illetve e-mail cím): ……………………………………..

*3. Az önellátásra való képesség vizsgálatának adatai*

3.1. Helyszíni vizsgálat adatai *(csak abban az esetben töltendő, ha sor kerül helyszíni vizsgálatra)*

3.1.1. A helyszíni vizsgálat helye: ...............................................................................................

időpontja: ........................................, időtartama: .......................................................................

3.1.2. A helyszíni vizsgálatot végző személy neve:......................................................................

3.2. Értékelési szempont- és pontozási rendszer (minden esetben töltendő)

A 2., 3., 6., 7., 8., valamint a 11. sor minden esetben kitöltendő! Főszabály szerint a 4. és a 9. sor töltendő ki, az alábbi esetek kivételével.

Ha az ápolt személy I-es típusú diabétesz diagnózissal rendelkezik, és állapota fenntartásához rendszeres inzulinterápiára van szüksége, az 5. sort kell kitölteni. Az 5. sor köznevelési intézménybe járó gyermek esetén csak akkor tölthető, ha a gyermek inzulinterápiájának követéséhez a szülő közreműködése a köznevelési intézményben nélkülözhetetlen.

Ha az ápolt személy autizmus diagnózissal rendelkezik (BNO F84.0-F84.9 besorolású betegség), akkor a 10. sort kell tölteni.

Egyidejűleg a 4. és az 5., illetve a 9. és a 10. sor nem tölthető ki!

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | A | B | C |
|  1. |  Tevékenység, funkció |  Értékeljen 0 és 4 pont között (a pontérték a szükséges segítség mértékével emelkedik) | Pontszám |
|  2. |  Étkezés | 0: önmagát kiszolgálja, önállóan étkezik1: felszolgálást igényel, de önállóan étkezik2: felszolgálást és evőeszköz tisztításához segítséget igényel3: felszolgálás és elfogyasztáshoz részbeni segítséget igényel4: teljes segítséget igényel az étel elfogyasztásához vagy segítséget igényel az étkezés kapcsán az I-es típusú diabétesz diagnózis alapján történő inzulinadagoláshoz  |   |
|  3. |  Öltözködés | 0: nem igényel segítséget1: önállóan végzi, de a megfelelő ruhaneműk kiválasztásához segítséget igényel2: egyes ruhadarabok felvételében igényel segítséget3: jelentős segítséget igényel az öltözködésben, megfelelő öltözet kiválasztásában, illetve 14 éves kor alatti gyermek esetén inzulinpumpa rendszeres viselése szükséges 4: öltöztetés, vetkőzés minden szakaszában segítségre szorul |   |
|  4. |  Tisztálkodás (személyi higiéné biztosítása) | 0: szükségleteit felmérve önállóan végzi1: szükségleteit felismeri, bizonyos feladatokhoz segítséget igényel2: szükségleteit felismeri, tisztálkodni csak segítséggel tud3: részlegesen ismeri fel szükségleteit, segítséget igényel4: nem ismeri fel szükségleteit, tisztálkodni önállóan nem képes |   |
|  5. |  Rendszeres steril eszközhasználat  | 0: inzulinterápia szükséges több mint 2 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, 7. életévét betöltött gyermek esetében1: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 2, de több mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 7. életévének betöltésétől a 14. életév betöltéséig2: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 10. életévének betöltésétől a 14. életév betöltéséig3: inzulinterápia szükséges kevesebb, mint 1 éve fennálló, inzulinterápiát igénylő diabétesz esetén, a gyermek 7. életévének betöltésétől a 10. életév betöltéséig4: inzulinterápia szükséges 7. életévét be nem töltött gyermek esetében, a diabétesz tartamától függetlenül |  |
|  6. |  WC használat | 0: önálló a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatait ellátja1: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban ellenőrizni kell2: önállóan használja a WC-t, de öltözködésben, illetve higiénés feladatokban segíteni kell3: segítséget igényel a WC használatban, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzéséhez4: segítséggel sem képes a WC használatra, öltözködésre, higiénés feladatok elvégzésére |  |
|  7. |  Kontinencia | 0: vizeletét, székletét tartani képes1: önállóan pelenkát cserél, elvégzi a higiénés feladatait2: pelenkacserében, öltözködésben, illetve higiénés feladatokban alkalmanként segítséget igényel3: rendszeres segítséget igényel pelenkacserében, öltözködésben, higiénés feladatok elvégzésében4: teljes ellátásra szorul |  |
|  8. |  Köznevelési vagy szakképző intézmény, nappali ellátást nyújtó szociális intézmény látogatása | 0: önállóan1: közlekedésben kíséretet igényel2: intézménylátogatás esetenkénti felügyeletet igényel3: intézménylátogatás csak folyamatos felügyelettel biztosítható4: nem képes |  |
|  9. |  Lakáson belüli közlekedés | 0: önállóan1: segédeszköz önálló használatával2: segédeszköz használatával, segítséget esetenként igényel3: segédeszköz használatával, gyakran csak segítséggel4: nem képes |  |
|  10. |  Kihívást jelentő viselkedés | 0: viselkedését az adott szociális környezethez megfelelően alakítja; feszültségeit megfogalmazni képes1: csökkent indulati fékek vagy túlérzékenység; viselkedését a szociális környezet elvárásainak megfelelően alakítani nehezére esik2: a környezet számára nehezen érthető vagy gyakori ellenkezés, esetleg verbális agresszió; gyakori feszültség, de ezt megfogalmazni kevéssé képes3: feszültségei nagyon gyakoriak, vagy visszatérők a dührohamok, esetleg destruktív és fizikai agresszió (tárgyak, önmaga, mások ellen irányuló) formájában nyilvánulnak meg4: viselkedése miatt időszakosan vagy állandó jelleggel teljesen elszigetelődik szűkebb vagy tágabb szociális környezetétől |  |
|  11. |  Összesen |  |  |

3.2.1. A fenti tevékenységek ellátására való képesség értékelése során csakis a betegségéből, fogyatékosságából eredő funkcióvesztés értékelhető, az életkorból adódó funkcióhiány nem.

3.2.2. A gyermek önellátásra képtelensége akkor áll fenn, ha az ápolt személy legalább 8 pontot kap.

3.3. A vizsgálatot végző megjegyzése: ...............................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

3.4. A szakértői véleményhez felhasznált hivatalos irat pontos megnevezése: ..................................

kelte: ................................................ megállapítása: ....................................................................

*4. Szakértői vélemény*

4.1. Az ápolt személy súlyos fogyatékosságból vagy tartós betegségből adódó önellátásra való képtelensége:

4.1.1. □ fennáll, indokolás: ................................................................................................................

4.1.2. □ nem áll fenn, indokolás: ...................................................,....................................................

4.2. A szakértői vélemény érvényességi ideje: 20..... év......................... hó .... nap

5. Dátum: ................................................

............................................................

a szakértő/szakorvos aláírása

6. *Megjegyzések:*

6.1. A nyomtatvány 2. pontja kizárólag 6 éven aluli gyermek esetén töltendő ki!

6.2. Kérjük, jelölje a megfelelő választ X-szel vagy aláhúzással, illetve szíveskedjen a hiányzó adatokkal a nyomtatványt kitölteni! ”