

IGAZOLÁS

tartósan beteg, vagy súlyosan fogyatékos gyermekről

Igénylő neve:	Szül.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> nap
Lakcím: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	TAJ-száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Gyermek TAJ-száma: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Szül.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> év <input type="text"/> <input type="text"/> hó <input type="text"/> <input type="text"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 fa) alpontjában foglalt feltételeknek.

Kiállítás dátuma:

P.H.

.....
szakorvos

P.H.

.....
intézmény

TÁJÉKOZTATÓ

Az igazolást gyermekklinika, gyermekszakkórház, kórházi gyermekosztály, szakambulancia, szakrendelés vagy szakgondozó, illetve szakértői bizottság szakorvosa (a továbbiakban: szakorvos) adja ki.

A szakorvos az igazolás I. részét tölti ki

a) első vizsgálat esetén, ha azt állapítja meg, hogy a gyermek - tartós betegsége, illetve súlyos fogyatékosága miatt - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. § f) pont fa) alpontjában foglaltaknak megfelel, illetve

b) * a rendszeres felülvizsgálat esetén, ha azt állapítja meg, hogy a gyermek állapotában nem állt be olyan kedvező változás (javulás, gyógyulás), amelynek alapján a családi pótlékra jogosult a továbbiakban nem tarthat igényt a magasabb mértékű ellátásra.

A szakorvos az igazolás II. részét tölti ki első vizsgálat esetén, ha azt állapítja meg, hogy a gyermek - tartós betegség, illetve súlyos fogyatékoság hiányában - a családok támogatásáról szóló 1998. évi LXXXIV. törvény 4. § f) pont fa) alpontjában foglaltaknak nem felel meg.

A szakorvos az igazolás III. részét tölti ki, ha a rendszeres felülvizsgálat alkalmával azt állapítja meg, hogy a gyermek állapotában olyan kedvező változás (javulás, gyógyulás) állt be, amelynek alapján a családi pótlékra jogosult a továbbiakban nem tarthat igényt a magasabb mértékű ellátásra.

Jelen igazolást a családi pótlékra való igény bejelentését vagy - már folyósított családi pótlék esetén - az igazolás kiállítását követő 15 napon belül a családi pótlék iránti kérelmet elbíráló szervnél le kell adni. Felülvizsgálati kérelem esetén az igazolást a fővárosi és vármegyei kormányhivatalhoz - a felülvizsgálat kezdeményezésével egyidejűleg - be kell nyújtani.

Ha a szakorvos olyan igazolást állít ki, amelynek alapján az ellátást igénylő nem tarthat igényt, vagy a továbbiakban nem tarthat igényt a magasabb összegű családi pótlékra, az igénylő az igazolás kiadását követő 15 napon belül kezdeményezheti a szakvélemény felülvizsgálatát a fővárosi és vármegyei kormányhivatalnál.

A tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermek után járó magasabb összegű családi pótlék annak a hónapnak a végéig jár, ameddig a betegség, súlyos fogyatékoság fennállását igazolták.