

Kecskemét Megyei Jogú Város Önkormányzata Közgyűlésének a személyes gondoskodást nyújtó ellátásokról, azok igénybevételéről és térítési díjairól, a gyermekétkeztetés térítési díjairól, valamint a helyi szociálpolitikai kerekasztalról szóló 3/2017. (III.33.) önkormányzati rendelete 5. § (3) bekezdés b) pontja szerinti rászorultsági feltétel igazolásához.

I. Egészségi állapotra vonatkozó igazolás
(a háziorvos, kezelőorvos tölti ki)

Név (születési név): _____

Születési hely, idő: _____

Lakóhely: _____

Társadalombiztosítási Azonosító Jel: _____

1. Étkeztetés

1.1. önellátásra vonatkozó megállapítások:

önellátásra képes részben képes segítséggel képes

1.2. szenved-e krónikus betegségben: _____

1.3. fogyatékossg típusa (hallássérült, látássérült, mozgássérült, értelmi sérült), mértéke:

1.4. rendszeres orvosi ellenőrzés szükséges-e: _____

1.5. gyógyszerek adagolásának ellenőrzése szükséges* _____

1.6. szenvedett-e fertőző betegségben 6 hónapon belül* _____

1.7. egyéb megjegyzések: - diétára javaslat: _____

Kecskemét,

orvos aláírása

P.H.

* Kérjük igen válasz esetén X-el jelölni