**Igazolás Szociális rászorultságról**

**Név:**………………………………………………………………………………………

**Születési hely, idő:**………………………………………………………………..

**TAJ szám:**………………………………………………………………………………

Igazolom, hogy az ellátást igénylő nappali ellátása

1. kora
2. egészségi állapota
3. fogyatékossága, pszichiátriai betegsége,
4. szenvedélybetegsége,
5. hajléktalansága miatt
6. jövedelmi helyzete miatt

Határozott időre:………………………………………….-tól…………………………………………….ig

Határozatlan időre

a szolgáltatás nyújtása indokolt a szolgáltatás nyújtása nem indokolt

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

 intézményvezető háziorvos

Dátum: ………………………………,…………………..év……………….hó…………..nap