

**IGAZOLÁS**  
**tartósan beteg, vagy súlyosan fogyatékos gyermekről**

Igénylő neve: .....	Szül.: [ ][ ][ ][ ] év [ ][ ] hó [ ][ ] nap
Lakcím: [ ][ ][ ][ ] .....	TAJ-száma: [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]
Gyermek TAJ-száma: [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]	Szül.: [ ][ ][ ][ ] év [ ][ ] hó [ ][ ] 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 <i>fa</i> ) alpontjában foglaltaknak megfelel.											
Diagnózis: .....											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10%;">BNO</td><td style="width: 10%;">[ ][ ][ ][ ]</td><td style="width: 10%;">[ ][ ][ ][ ]</td><td style="width: 10%;">[ ][ ][ ][ ]</td><td style="width: 10%;">[ ][ ][ ][ ]</td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>		BNO	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]					
BNO	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]	[ ][ ][ ][ ]							
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, szakrendelő vagy szakgondozó intézmény szakorvosa (a továbbiakban: szakorvos) adja ki.

A szakorvos az igazolás I. pontját tölti ki

*a)* első vizsgálat esetén, amennyiben 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, amennyiben 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. pontját tölti ki első vizsgálat esetén, amennyiben 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. pontját tölti ki, ha a rendszeres felülvizsgálat alkalmával azt állapítja meg, hogy a gyermek állapotában olyan kedvező változás (javulás, gyógyulás) állott be, amelynek alapján a családi pótlékra jogosult a továbbiakban nem tarthat igényt a magasabb mértékű ellátásra.

Ezen igazolás egy példányát a családi pótlékra való igény bejelentését vagy – már folyósított családi pótlék esetén – az igazolás kiállítását követő 15 napon belül a családi pótlékot folyósító szervnél le kell adni. A családi pótlékot folyósító szerv az igazolás benyújtott példányát az ellátásról rendelkező határozatával együtt az igénylő számára visszaküldi. Felülvizsgálati kérelem esetén az igazolást az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatalához – 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 az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat Országos Tisztifőorvosi Hivatalánál.

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.

Ha a tartósan beteg, illetve súlyosan fogyatékos gyermek után – állapotának javulása miatt – a magasabb összegű családi pótlék már nem jár, a magasabb összegű ellátásra való jogosultság megszűnését követő hónaptól a családi pótlékot új összeggel kell folyósítani, feltéve, hogy az ellátásra való jogosultság egyébként fennáll.

**IGAZOLÁS**  
**tartósan beteg, vagy súlyosan fogyatékos gyermekről**