

## K É R E L E M

### *Egészségügyi prevenciót és rehabilitációt szolgáló gyógyúszás költségeinek támogatása meghosszabbításához*

#### 1. Személyes adatok (A kérelmező személyre vonatkozó személyes adatok:)

- 1.1 Neve: .....
- 1.2. Születési neve: .....
- 1.3. Anyja neve: .....
- 1.4. Születési hely, év, hó, nap: .....
- 1.5. Lakóhely: .....
- 1.6. Tartózkodási hely: .....
- 1.7 Társadalombiztosítási Azonosító Jele: .....

#### 2. A megállapított támogatásra vonatkozó adatok

- 2.1. Megállapító határozat száma: .....
- 2.2. Az előző szakvélemény/ javaslat kiállítója: .....
- 2.3. Az előző szakvélemény/ javaslat kiállításának dátuma: .....
- 2.4. Az előző szakvélemény/ javaslat érvényesége: .....

#### 3. Az újonnan kiállított szakorvosi javaslatra vonatkozó adatok:

- 3.1. Az új szakvélemény/ javaslat / igazolás kiállítója: .....
- 3.2. Az új szakvélemény/ javaslat / igazolás kiállításának dátuma: .....
- 3.3. Az új szakvélemény/ javaslat / igazolás érvényesége: .....

*A szakorvos vagy háziorvos által kiállított igazolást arról, hogy az új szakvélemény/ javaslat alapján a gyógyúszásra gyermeke továbbra is jogosult, csatolni kell!*

#### 4. Nyilatkozatok

Kijelentem, hogy Egészségügyi prevenciót és rehabilitációt szolgáló gyógyúszás költségeinek támogatása az új szakvélemény / javaslat / igazolás alapján megállapítható, mivel az ellátás egyéb feltételit illetően (család jövedelmi helyzete) változás nem történt.

Tudomásul veszem, hogy az ellátás megállapításának feltételeit érintő mindennemű változást annak bekövetkezésétől számított 15 napon belül köteles vegyok bejelenteni.

Mágocs, .....

.....	.....
Kérelmező szülők / törvényes képviselők aláírása	