

Ikt. szám:

 Tárgy: alapvizsgálat

# Nyilatkozat fogyatékossági alapvizsgálaton való részvételhez történő beleegyezéshez

Alulírott**……………………………………………………. (**törvényes képviselő esetén:………………………………………)nyilatkozom arról, hogy beleegyezek a fogyatékossági alapvizsgálaton /felülvizsgálaton történő részvételbe.

A vizsgálatot Budapest Főváros Kormányhivatalának Szakértői Bizottsága végzi.

A vizsgálat célja, hogy a bizottság megállapítsa, hogy mely ellátási forma, típus a megfelelő Ön számára.

A szakvélemény kézhezvételét követően,15 napon belül Ön, vagy törvényes képviselője kérheti annak felülbírálatát az ok megjelölésével.

A vizsgálat elvégzése érdekében vagy otthonában személyes találkozó során egy rövid beszélgetésben a vizsgálatot végző munkacsoport tájékozódhat az Ön állapotáról, vagy orvosi papírjait tanulmányozva hozza meg javaslatát.

Budapest, 2022.

támogatott lakhatás szolgáltatásra jelentkező aláírása ( ha

gondnokság alatt áll, akkor törvényes képviselőé is)