**IGAZOLÁS**

**az összevont adóalap adóját csökkentő kedvezmény igénybevétele szempontjából súlyos fogyatékosságot megalapozó betegségről, illetve fogyatékosságról [[1]](#footnote-1)**

|  |
| --- |
| A beteg (az igazolás szempontjából súlyosan fogyatékos személy) adatai:* Név:
* Születési név:
* Születési helye, ideje:
* Anyja neve:
* Lakóhelye:
* Adószáma (adóazonosító jel):
 |
| Az igazolás kiállítását megalapozó szakorvosi dokumentáció kiadásának dátuma:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (év) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (hónap) \_\_\_\_\_\_\_\_ (nap). |
| A beteg (az igazolás szempontjából súlyosan fogyatékos személy) fogyatékossága:[[2]](#footnote-2)□ ideiglenes,□ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-tól kezdődően végleges. |
| Ideiglenes igazolás kiállítása esetén az igazolás hatálya:Adózó állapota \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-tól \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-ig ideiglenesen áll fenn. |
| Debrecen, 20\_\_\_\_ (év) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (hónap) \_\_\_\_\_ (nap). |
|

|  |  |
| --- | --- |
| P.H. | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_az igazolás kiállítójának (szakorvos) aláírása |

 |

1. Az igazolás két példányban készül, melyből egy példány az adózót, egy példány a kiállító intézményt illeti meg. [↑](#footnote-ref-1)
2. Kérjük, hogy a megfelelő négyzetben elhelyezett X-el egyértelműen jelölje be a kívánt lehetőséget. [↑](#footnote-ref-2)