................................................. İL/İLÇE

AİLE VE SOSYAL HİZMETLER İL MÜDÜRLÜĞÜNE

(Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Birimi)

Konu: Engelli Kimlik Kartı Talebi

T.C. Kimlik No : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Doğum Tarihi : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_

Engellilik Oranı : \_\_\_\_\_\_ %

Rapor Bilgisi : ....../..../20.... tarih ve ....... sayılı Sağlık Kurulu Raporu

Yukarıda bilgileri yer alan engel durumum nedeniyle tarafıma Engelli Kimlik Kartı

düzenlenmesini talep ederim.

İletişim Bilgileri

Adres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-posta : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

..............., .... / .... / 20....

Başvuran / Vasi (varsa)

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İmza

Ekler:

1) Engelli Sağlık Kurulu Raporu (aslı gibidir/onaylı örnek)

2) T.C. Kimlik Kartı fotokopisi

3) 1 adet biyometrik/vesikalık fotoğraf

4) İkametgâh belgesi

5) Vasi kararı (varsa)