

..... İL/İLÇE
..... KAYMAKAMLIĞI
SOSYAL YARDIMLAŞMA VE DAYANIŞMA VAKFI BAŞKANLIĞINA

Konu: 2022 Sayılı Kanun Kapsamında Engelli Aylığı Başvurusu

Kimlik ve Engel Durumu:

T.C. Kimlik No : _____
Adı Soyadı : _____
Doğum Tarihi : ____ / ____ / ____
Engellilik Oranı : ____ %
Sağlık Kurulu Raporu :/..../20.... tarih ve sayılı

Başvuru Gerekçesi:

Engellilik durumum ve hane gelirime ilişkin beyanlarım doğrultusunda, 2022 sayılı Kanun ve ilgili mevzuat kapsamında engelli aylığı bağlanmasını talep ederim. Yürürlükteki gelir kriterlerini sağladığımı beyan ederim.

İletişim ve Hane Bilgileri:

Hane Adresi : _____
: _____
Hane Kişi Sayısı: _____
Gelir Beyanı : _____
Telefon : _____ E-posta : _____
Banka/IBAN : _____
Vasi Bilgisi : _____ (varsa)

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

Başvuran

Adı Soyadı : _____

İmza

Ekler:

- 1) Engelli Sağlık Kurulu Raporu (aslı gibidir/onaylı örnek)
- 2) T.C. Kimlik Kartı fotokopisi
- 3) İkametgâh belgesi
- 4) Gelir belgeleri (SGK hizmet dökümü, ücret bordrosu vb.)
- 5) Banka IBAN belgesi (varsa)
- 6) Vasi kararı (varsa)