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

AİLE VE SOSYAL HİZMETLER İL MÜDÜRLÜĞÜNE

(.................... Sosyal Hizmet Merkezi Müdürlüğü)

Konu: Evde Bakım Yardımı (Evde Bakım Maaşı) Başvurusu

Evde bakım hizmetine ihtiyaç duyan ................................ (T.C. ...............)

ile aynı hanede ikamet etmekteyim. Engelli Sağlık Kurulu Raporu ve

gelir durumunu gösterir belgeler ekte sunulmuştur.

Hanemizde kişi başı aylık gelirin yürürlükteki sınırın altında olduğunu

beyan eder, tarafımca fiilen bakım verildiğini/ verileceğini bildiririm.

Evde Bakım Yardımı başvurumun değerlendirilerek sonuçlandırılmasını arz ederim.

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

Başvuran (Bakım Veren) Bilgileri

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

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

Yakınlık Derecesi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İmza

İletişim ve Adres Bilgileri

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

Telefon : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E‑posta : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bakım Hizmeti Verilen Kişi (Engelli Birey)

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

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

Engellilik Durumu/Rapor Oranı : \_\_\_\_\_\_

Ekler:

1) Engelli Sağlık Kurulu Raporu (aslı/örneği)

2) Haneye Ait Gelir Belgeleri (SGK dökümü, maaş yazısı vb.)

3) Nüfus Kayıt Örneği ve İkametgâh Belgesi

4) Varsa Kira Kontratı / Tapu Fotokopisi

5) IBAN Bilgisi (Banka hesap dökümü/defteri)

6) Diğer ilgili belgeler