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

AİLE VE SOSYAL HİZMETLER İL MÜDÜRLÜĞÜNE

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

Konu: Evde Bakım Yardımı İptal Talebi

Evde bakım yardımından yararlanan ................................ (T.C. ...............) için

kayıtlı bakım veren/başvuran olarak, evde bakım yardımı şartlarında meydana

gelen değişiklik nedeniyle (gelir sınırının aşılması / adres değişikliği /

kurumsal bakım / vefat / bakım hizmetinin sona ermesi vb.) ödemelerin

durdurulmasını ve kaydın kapatılmasını talep ederim.

İlgili değişikliğe ilişkin belgeler ekte tarafınızın değerlendirmesine sunulmuştur.

Gereğini 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) Gerekçeye ilişkin belge (Örn. vefat belgesi/kuruma kabul yazısı/gelir belgeleri)

2) Nüfus Kayıt Örneği ve İkametgâh Belgesi

3) SGK Hizmet Dökümü / Gelir-Maaş Yazıları

4) IBAN Bilgisi (varsa iade/geri ödeme süreçleri için)

5) Diğer ilgili belgeler