



A N T A L Y A
B Ü Y Ü K Ş E H İ R B E L E D İ Y E S İ

Kayıt Tarihi:	Kayıt No :	
Adı Soyadı:	T.C. Kimlik No :	
Doğum Tarihi:	Doğum Yeri:	
Cinsiyeti:	Medeni Durumu :	
Sosyal Güvencesi:	Öğrenim Durumu :	
Mesleği / İşi:	Çalışıyor () Çalışmıyor () ()Özel ()Kamu ()Serbest	
Ev Adresi:	Konut Durumu : (Kira Bedeli)	
Ev Tel:	Cep Tel:	E-mail:

SOSYAL HİZMETLER DAİRE BAŞKANLIĞI ENGELLİ DANIŞMA MERKEZİ
ENGELLİ BİLGİ FORMU

ENGEL DURUMU İLE İLGİLİ BİLGİLER:

ENGEL TÜRÜ: () ORTOPEDİK ENGELLİ () GÖRME ENGELLİ () İŞİTME ENGELLİ () DİL VE KONUŞMA ENGELLİ () ZİHİNSEL ENGELLİ () SÜREĞEN HASTALIK (BELİRTİNİZ) () DİĞER (BELİRTİNİZ)	ENGELLİ OLMA NEDENİ: () KAZAYA BAĞLI NEDENLER () KALITSAL NEDENLER () AKRABA EVLİLİĞİ () TIBBİ MÜDAHALE HATASI () GEÇİRİLEN BİR HASTALIĞA BAĞLI NEDENLER () DİĞER (BELİRTİNİZ)	ENGELLİ RAPORU: Var () Yok () ENGEL DERECESESİ: % ENGELLİ KİMLİK KARTI: Var () Yok ()
ENGELLİ OLMA TARİHİ:	ENGELLİ MAAŞI: Var () Yok ()	EVDE BAKIM MAAŞI: Var () Yok () AYLIK TOPLAM GELİRİNİZ:
ENGELLİLERE HİZMET VEREN SİVİL TOPLUM KURULUŞLARINA ÜYELİK: Var () Yok ()	ENGELİNİZ İLE İLGİLİ YARDIMCI CİHAZ KULLANIYOR MUSUNUZ? Evet (Belirtiniz)..... Hayır()	İŞ-KUR KAYIDINIZ: Var () Yok ()

ENGEL DURUMU İLE İLGİLİ BİLGİLER: ENGELİNİZ İLE İLGİLİ AŞAĞIDAKİ HİZMETLERİN HANGİLERİNDEN YARARLANDINIZ VEYA YARARLANIYORSUNUZ? <input type="checkbox"/> EĞİTİM <input type="checkbox"/> BAKIM VE REHABİLİTASYON <input type="checkbox"/> MESLEK VE BECERİ EDİNDİRME KURSU <input type="checkbox"/> SOSYAL VE KÜLTÜREL HİZMETLER <input type="checkbox"/> AİLE REHBERLİĞİ VE DANIŞMANLIK <input type="checkbox"/> DİĞER (BELİRTİNİZ)	ENGELİNİZE YÖNELİK OLARAK KURUM VE KURULUŞLARDAN EN ÖNEMLİ BEKLENTİNİZ HANGİSİDİR? <input type="checkbox"/> MADDİ DESTEK <input type="checkbox"/> EĞİTİM OLANAĞI <input type="checkbox"/> İŞ OLANAĞI <input type="checkbox"/> YASAL HAKLARIMA DESTEK <input type="checkbox"/> FİZİKSEL (ÇEVRE) DÜZENLEMELER <input type="checkbox"/> MESLEK EDİNDİRME KURSLARI <input type="checkbox"/> SOSYAL AKTİVİTELER <input type="checkbox"/> PSİKOLOJİK DANIŞMANLIK HİZMETİ <input type="checkbox"/> DİĞER (BELİRTİNİZ)	GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİZİ NE ŞEKİLDE YERİNE GETİRİYORSUNUZ? <input type="checkbox"/> KENDİ BAŞINA BAĞIMSIZ <input type="checkbox"/> BAZEN BİRİSİNİN YARDIMIYLA (YARI/KİSMEN BAĞIMLI) <input type="checkbox"/> SÜREKLİ BİRİSİNİN YARDIMIYLA (TAM BAĞIMLI) <input type="checkbox"/> HENÜZ GÜNLÜK AKTİVİTELERİNİ YERİNE GETİRECEK YAŞTA DEĞİL <input type="checkbox"/> DİĞER (BELİRTİNİZ)
YASAL HAKLARINIZDAN HABERDAR MİSİNİZ? Evet () Hayır ()	ÖZEL EĞİTİM ALIYOR MUSUNUZ? Evet () Kurum Adı: Hayır ()	(OGRENCİ İSE) OKULA GİDİYOR MUSUNUZ? Evet () Kurum Adı: Hayır ()

AİLE DURUMU İLE İLGİLİ BİLGİLER:

Aile Üyeleriniz Ad Soyadı	Akrabalık Düzeyi	Doğum Tarihi/Y aşı	Eğitim Durumu	Mesleği/İşi

Merkezimizde hangi hizmetten yararlanmak istiyorsunuz?

Danışmanlık ()

Eğitim/Seminer ()

Kütüphane()

Sosyal Aktiviteler ()

Diğer (Lütfen Belirtiniz)



DIĞER BELİRTİLMEK İSTENİLENLER: