

VAKIFLAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ MUHTAÇ AYLIĞI BAŞVURU FORMU

VAKIFLAR BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜNE

Genel Müdürlüğünüzün muhtaç engelliler ile yetim çocuklara verdiği aylıktan faydalanmak istiyorum.

Aşağıdaki bilgilerin doğruluğunu kabul ve tasdik ederim. Muhtaçlık durumumda değişiklik olduğu takdirde bu durumu Vakıflar Bölge Müdürlüğüne bildireceğim. Bildirmediğim tespit edildiği takdirde tarafıma yapılan ödemeleri yasal faizi ile birlikte kurumunuza defaten ödeyeceğimi, gerçeğe aykırı belge ya da beyanım tespit edilirse hakkımda yasal işlem başlatılmasını kabul ve taahhüt ederim.

İlgili kurum ve kuruluşlardan hakkımda araştırma yapılmasını kabul ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

MUHTACIN VEYA VELİSİNİN
ADI VE SOYADI
[MZAS]

MUHTACA AİT BİLGİLER

Muhtacın Adı Soyadı	T.C. Kimlik No	Baba Adı	İli	İçesi	Mahalle/Köy	Yazışma Adresi
	Cinsiyeti					
Muhtaç Engelliler ile Muhtaç Yetim Çocukların Puanlaması						
YETİM		PUAN		ENGELLİ		PUAN
Muhtaç Yetim Çocuğun Durumu	Annesi Ölü		Muhtaç Engelli Kişinin Engellilik Oranı	% 40 ile %59 Arası		
	Babası Ölü			% 60 ile % 79 Arası		
				% 80 ve üstü		
Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına Bağlı Birimlerden Yardım Alıp Almadığı	Alıyor		Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığına Bağlı Birimlerden Yardım Alıp Almadığı	Alıyor		
	Almıyor			Almıyor		
Muhtaç Yetim Çocuğun Ailesinin İkameti	Kendi Evinde		Muhtaç Engelli Kişinin Evi/veya Bekâr Olduğu	Evi		
	Kirada			Bekâr		
Muhtaç Yetim Çocuğun Kardeş Sayısı	Bir			Bir		
	İki			İki		
	Üç			Üç		
	Dört ve Yukarı			Dört ve Yukarı		
Muhtaç Yetim Çocuğun Okuyup Okumadığı	Okuyor		Muhtaç Engelli Kişinin Çocuk Sayısı	Okuyor		
	Okumuyor			Okumuyor		
Ailenin Gelirler Toplamı Asgari Ücretin Aylık Net Tutarının	Geliri Yoktur		Muhtaç Engelli Kişinin İkameti	Ailesinin Yanında		
				Kirada		
	1/4'den az olanlar			Geliri Yoktur		
	1/3'den az olanlar			1/4'den az olanlar		
				1/3'den az olanlar		

Başvuru Formuna Muhtaç Engelli Kişinin Sağlık Kurulu Raporu Eklenir.**Tel:**