

Antragsformular *(Yardım Başvuru Formu)*

Antragsnummer : (bitte leer lassen)

Vorname, Name der/des Betroffenen :
(Yardımdedenin Adı, Soyadı)

Adresse :
(Adresi)

Geburtsdatum :
(Doğum Tarihi)

Art der Behinderung / Krankheit :
(Sakatlığı / Hastalığı)

Kurze Beschreibung der Behinderung
(Durumu hakkında kısa ve öz açıklayıcı bilgi)

Wer hat bis jetzt die Kosten übernommen und wie viel?
(Şimdiye kadar masrafları kim üstlendi ve hangi miktarlarda?)

Welche Familienmitglieder leben mit dem betroffenen im gleichen Haushalt?
(Aile üyelerinden kimler yardımdede ile birlikte yaşıyorlar?)

Wer unterstützt sonst noch und mit welchem Betrag?
(Yardım alınan diğer kişi ve kurumlar var mı ve hangi miktarlarda?)

Das Photo, die Kopie des amtlichen Ausweises und das Arztzeugnis der/des Betroffenen dem Antragsformular beizulegen und an die Vereinsadresse weiterleiten.

(Fotoğraf, Nüfus Cüzdanı Örneğini ve Doktor Raporunu Başvuru Formu ile beraber dernek adresimize gönderiniz.)

Durch den Antragsteller auszufüllen
(Başvuruyu yapan üye tarafından doldurulacaktır.)

Was erwarten Sie von uns? :
(Derneğimizden beklentiniz nedir?)

Vorname, Name :
(Başvuru sahibinin adı ve soyadı)

Datum und Unterschrift :
(Başvuru tarihi ve başvuruyu yapan üyenin imzası)

Der Antragsteller bestätigt mit seiner Unterschrift die Richtigkeit der gemachten Angaben.
(Başvuran imzası ile verilen bilgilerin doğruluğunu onaylar.)