

TC

SAĞLIK BAKANLIĞI

İZMİR İLİ URLA DEVLET HASTANESİ

(BEYAN VE TAAHHÜT BELGESİ)

Hastanenizden önce hiçbir hastaneden Özürlü Sağlık Kurulu Raporu almadığımı beyan ederim

.../.../2021

ADRESİ:

Adı Ve Soyadı

TELEFON:

T.C.NO:

(İmza)

TC

SAĞLIK BAKANLIĞI

İZMİR İLİ URLA DEVLET HASTANESİ

HASTALIĞIM NEDENİ İLE HASTANENİZDEN ..... ÖZÜRLÜ SAĞLIK KURULU RAPORU  
ALMAK İSTİYORUM.

GEREĞİNİN YAPILMASINI ARZ EDERİM.

TARİH

ADI SOYADI:

İMZA:

ADRES / TELEFON:

DEĞERLENDİRİLMESİNİ İSTEDİĞİM RAHATSIZLIKLARIM

:RAPORU ALMA AMAÇLARI:

Evde bakım hizmetleri	
Özürlü istihdamı	
Vergi muafiyeti	
Ötv Muafiyeti	
Özürlü Kimlik kartı	
2022 sayılı yasadan faydalanmak	
Özel eğitim	
Özel tertibatlı araç	
H sınıfı ehliyet	
Akülü araç	
İşitme cihazı	
Ortez-protez	
Yardımcı cihaz	
Tekerlekli sandalye	
Durum tespit	
Diğer	

..... HASTANESİ

**Engelli Sağlık Kurulu Raporu Ücretlendirmesi  
Bilgilendirme ve Onam Formu**

- Sayın Hastamız lütfen bu belgeyi dikkatlice okuyunuz.

Engelli haklarından faydalanmak üzere talep edilen sağlık kurulu rapor ücreti, raporda herhangi bir engellilik oranı çıkmaması halinde tarafınızca ödenecektir.

Engelli çıkmamam halinde sağlık kurulu raporundan kaynaklanan giderlerin tarafımca ödeneceğini kabul ediyorum.

Tarih: .....

RAPOR TALEP EDENİN:

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

İLGİLİNİN VELİSİ / YASAL VASİSİNİN:

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

- İlgilinin reşit olmaması halinde imzalanacaktır.

FORMU İMZALATAN YETKİLİNİN:

Adı-Soyadı: .....

İmza: .....

Ünvanı: