**Tarih: ..... / ..... / ........ Sayı: ............**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Soyadı:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **T.C Kimlik Numarası:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Çalışıyor Musunuz? Evet ise nerede?** | **Evet  Hayır Evet ise belirtiniz:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Otizmli Yakınınıza Dair Bilgiler:** | **Ad-Soyad:**  **Yakınlık Derecesi:**  **Doğum Tarihi:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **RAM Raporu Bilgileri:** | **Veren Kurum:**  **Tarihi: Kaynaştırma Öğrencisi:  Evet  Hayır** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sağlık Kurulu Raporu Bilgileri:** | **Veren Kurum:**  **Tanı:**  **Tarihi: Engellilik Oranı:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Herhangi bir Otizm Derneği üyesi misiniz?** | **Evet  Hayır Evet ise belirtiniz:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hukuki Görüş Talebinin Konusu:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hukuki Görüş Talep Ettiğiniz Sorunun Kaynağı Olan Olayın Özeti:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Konuyla İlgili Elinizde Bulunan Evrak ve Belgeler:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Federasyonumuzdan Konuyla İlgi Talepleriniz:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Size Nasıl Ulaşabiliriz?** | **Telefon:  E-Posta:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Görüşen Kişi ve Görüşü** |  |