**SAYIN AİLEMİZ;**

**Kansersiz Yaşam Derneği yardımlarından düzenli olarak faydalanabilmeniz için aşağıda işaretli evrakları eksiksiz tamamlamanız ve ekteki formları doldurarak bize göndermeniz gerekmektedir.**

**Kayıt işlemleri için gereken ÖNEMLİ evraklar;**

* **Nüfus Cüzdanı fotokopisi**
* **Sağlık Kurulu Raporu (Aslı ya da Başhekimlikçe ‘ASLI GİBİDİR’ onaylı)**
* **Durumunuzu ve talebinizi el yazınızla bildirdiğiniz dilekçe/mektup**
* **İkametgâh belgesi ya da nüfus kayıt örneği**
* **Maaş bordrosu (Eğer çalışmıyorsanız muhtardan fakirlik belgesi ve hakkınızda bilgi verecek bir kişinin adı-soyadı-adresi)**
* **Eviniz kiraysa kira kontratı (Yoksa banka dekontu ya da kiranızı beyan eder imzalı kâğıt)**
* **Tapu idaresinden mal bildirir evrak**

**LÜTFEN! BU EVRAĞI DAHA SONRA BİZİMLE İLETİŞİME GEÇMEK İÇİN SAKLAYINIZ.**

**SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU**

**HASTA BİLGİLERİ; Başvuru Tarihi : …../……/……**

**Adı-Soyadı : …………………………… T.C Kimlik No: ………………..**

**Tanısı : …………………………………. Doğum Tarihi : .…../….../…….**

**Tedavi sürecinin bulunduğu aşama:…………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**Telefon Numarası : ……………………… Teşhis Tarihi : ……./….../…….**

**E-Posta : ………………………………….. Eğitim Durumu : …………….**

**Adres:……………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………….. İlçe: ………………….. İl: ……………….**

**Annenin; Babanın;**

**Adı-Soyadı: ………………………………….. Adı-Soyadı : ………...………………**

**Doğum Tarihi : ……./……/…….. Doğum Tarihi : ……/……/…….**

**Mesleği : …………………………… Mesleği : ……………………………**

**Eğitim Durumu : …………………………….. Eğitim Durumu: …………………...**

**AİLE BİLGİLERİ; Hane Nüfusu: ……………………………………………………………...**

1. **Ailenizdeki diğer çocukların yaş ve cinsiyetlerini belirtiniz.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Cinsiyet** | **Doğum Tarihi** |  | **Cinsiyet** | **Doğum Tarihi** |
| **1.Çocuk** |  |  | **6.Çocuk** |  |  |
| **2.Çocuk** |  |  | **7.Çocuk** |  |  |
| **3.Çocuk** |  |  | **8.Çocuk** |  |  |
| **4.Çocuk** |  |  | **9.Çocuk** |  |  |
| **5.Çocuk** |  |  | **10.Çocuk** |  |  |

1. **Ailede çalışan kişi sayısı ………………**
2. **Aylık gelir düzeyiniz ne kadardır?**

**( ) Yok ( ) Asgari üretin altında ( ) Asgari ücret**

1. **Hastalık nedeni ile borcunuz var mı?**

**( ) Evet ( ) Hayır**

1. **Ailenin bağlı bulunduğu Sosyal Güvenlik Kurumu;**

**( ) Emekli Sandığı ( ) SSK ( ) Bağ-Kur ( ) Yeşil Kart ( ) Diğer**

1. **Oturulan ev;**

**( ) Ev Sahibi ( ) Kira ( ) Kira ödenmiyor**

1. **Evinizin türü;**

**( ) Müstakil Ev ( ) Apartman Dairesi ( ) Gecekondu ( ) Diğer……….**

1. **Oturulan evin oda sayısı;**

**( ) 1+1 ( ) 2+1 ( ) 3+1 ( ) Diğer…………..**

1. **Evde ısınmada ne kullanıyorsunuz?**

**( ) Gaz ( ) Odun ( ) Kömür ( ) Elektrik ( ) Tezek ( ) Doğalgaz ( ) Isınma yok**

1. **Evinizde bulunan elektronik eşyalar nelerdir?**

**( ) Buzdolabı ( ) Çamaşır Makinesi ( ) TV ( ) Bulaşık Makinesi ( ) Hiçbiri**

**( ) Diğer (bilgisayar-laptop-cep telefonu) ……………………………………………….**

1. **Aşağıda bulunan eşyalardan hangileri evinizde mevcuttur?**

**( ) Salon takımı ( )Koltuk Takımı ( ) Yatak Odası Takımı ( ) Çocuk odası takımı**

1. **Ne tür tuvalet kullanıyorsunuz?**

**( ) Dışarıda ( ) İçeride - sifonlu ( ) İçeride - sifonsuz**

1. **Aile herhangi bir motorlu araca sahip mi? ( ) Evet ( ) Hayır**
2. **Sahip olunan arazi var mı? ( ) Evet ( ) Hayır**
3. **Çalışmaya engel fiziksel bir rahatsızlığınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır**
4. **Ailede başka kanser hastası var mı? ( ) Evet ( ) Hayır**
5. **Psikolojik desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır**
6. **Herhangi bir yerden yardım aldınız ve/veya almaya devam ediyorsanız, yardım aldığınız;**

**Kurumun adı : …………………………………………………………………………………..**

**Yardım cinsi : ( ) Maddi ( ) Eğitim ( ) Sağlık ( ) Yakacak ( ) Gıda**

1. **Hastanızla sizden başka ilgilenen var mı?**

**Evet ise, kimler?**

**( ) Büyük anne/baba ( )Hala/Teyze ( ) Bakıcı ( ) Diğer …………………….**

**Adı-Soyadı : …………………………….. Tel.No : ………………………………………..**

1. **Tedavi nedeniyle şehir değiştirmek zorunda kaldınız mı?**

**( ) Evet, Nereden nereye? ………………………………………………..**

**( ) Hayır**

**LÜTFEN BİLGİLERİNİZİN DOĞRULUĞUNU BİR KEZ DAHA KONTROL EDİNİZ.**

**TAAHHÜTNAME**

**Aşağıda belirtilen tarihten itibaren Kansersiz Yaşam Derneği dışında bana ve çocuklarıma yapılacak her türlü yardımı açıkça beyan edeceğim. Yakarıda verdiğim bilgilerin doğru olmaması veya eksikliği halinde, Kansersiz Yaşam Derneği tarafından aileme sağlanacak olan desteğin kesilmesini aşağıdaki tarihten itibaren yapılan tüm yardımları iade edeceğimi ve bundan sonra şahsıma ve aileme Kansersiz Yaşam Derneği tarafından herhangi bir yardım yapılmamasını kabul ederim. Hastamın ve ailemin tıbbi ve sosyal bilgileri ile resim, film gibi görsel objelerinin dernek kaynaklarında ve bilimsel yayınlarda yayınlamasını, tanıtım ve bilimsel amaçlarla Kansersiz Yaşam Derneği tarafından kullanılmasını kabul ediyorum ve izin veriyorum.**

**Ad- Soyad: ……………………………………………..**

**Tarih: …../…../…….. İmza : ……………………**

**LÜTFEN İMZALAMAYI UNUTMAYINIZ**