|  |  |
| --- | --- |
| **Fogyatékos személy adatai** |  |
| Neve |  |
| Lakcíme |  |
| Telefonszáma/elérhetősége |  |
| Fogyatékosság típusa, mértéke |  |
| Fogyatékos személy egészségi állapota | JÓ/KÖZEPES/GYENGE |
| Internettel/számítógéppel/okostelefonnal rendelkezik? | IGEN/NEM |
| Ellátásáról jelenleg gondoskodó neve/elérhetősége |  |
| Bejelentő neve és elérhetősége (ha nem ugyanaz, mint a fogyatékos személy) |  |
| Miben kér segítséget? (A megfelelő aláhúzandó) | bevásárlás, gyógyszerkiváltás, ügyintézés, egyéb: |