**NYOMTATVÁNY A MOZGÁSKORLÁTOZOTT ÉS/VAGY FOGYATÉKOS EMBERTÁRSAINK VÉDELME ÉRDEKÉBEN SZÜKSÉGES FELMÉRÉSHEZ**

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