



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER  
BAKANLIĞI**

**ENGELLİ BİREYLERE YÖNELİK ÖZEL BAKIM MERKEZİ FAALİYET İZİN BELGESİ**

**ÖZEL BAKIM MERKEZİNİN**

Adı :  
Adresi :  
KEP Adresi :  
Mail Adresi :  
İnternet Adresi :  
Kurum Kodu :  
Başvuru Numarası Kurucunun Adı :  
Kurucu Temsilcisinin Adı :  
Vergi Dairesi Adı :  
Vergi Kimlik No :  
Faaliyet Onayı Tarih ve Sayısı :  
Engel Grubu ve Kapasitesi :  
Yaş, cinsiyet Grubu ve Kapasitesi :  
Toplam Kapasitesi :  
Hizmet Türü (Yatılı, Gündüzlü, Evde Bakıma Destek) :  
Mimari Proje Onay/Revizyon Tarihi :

*Özel Engelli Bakım Merkezleri ile ilgili Kanun ve Yönetmelik hükümleri dâhilinde yukarıda adı yazılı Özel Engelli Bakım Merkezinin işbu Faaliyet İzin Belgesi düzenlenmiştir. Not: Birden fazla engel, yaş ve cinsiyet grubuna hizmet verilmesi halinde kapasite her grup için ayrıca belirtilir.*

Onay  
Bakan a.  
Genel Müdür

Ad - Soyadı  
İl Müdürü