

DRUŠTVO GLUHIH IN
NAGLUŠNIH KOROŠKE
Trg 4 julija 26
2370 DRAVOGRAD

PRISTOPNA IZJAVA

Podpisani izjavljam, da želim postati član Društva gluhih in naglušnih Koroške Dravograd.

IME IN PRIIMEK _____

DATUM ROJSTVA _____ **KRAJ ROJSTVA:** _____

STALNI NASLOV BIVANJA: _____

TELEFON: _____ **E-mail:** _____

IZGUBA SLUHA PO FAULLERJU _____ % pri _____ letih starosti, zaradi _____

1. GLUH **3. slišoč**

2. NAGLUŠEN
(ustrezno obkroži)

INVALIDNA KATEGORIJA: 1, 2, 3

TELESNA OKVARA: potrebna **ODLOČBA OD KOMISIJE**

Obkroži:

- družina; - družina s tremi in več otroki; - živi sam; - prejema denarno socialno pomoč;
- prejema varstveni dodatek pokojnine;

IZOBRAZBA: - končana OŠ

- poklicna šola

- srednja šola

- Drugo _____

PODATKI O ZAPOSLOTVI: zaposlen, nezaposlen, upokojenec, samostojni podjetnik
(ustrezno obkroži)

IME PODJETJA: _____

NASLOV PODJETJA: _____

ZNAM KRETALNI-ZNAKOVNI JEZIK: DA NE MALO

Datum ,

PODPIS ČLANA: _____

PRILOGA – odločba od komisije, avdiogram, ...