

APPLIKAZZJONI GĦALL-GRUPPI TA' SOSTENN GĦAL PERSUNI B'ACQUIRED DISABILITY

Isem u kunjom ta' min se jattendi: _____

Data tat-twelid: _____

Tip ta' diżabilità: _____

Acquired disability: Minn aċċident ☐

Minħabba marda ☐

Numru ta' kuntatt: _____

Indirizz elettroniku: _____

Ħin preferut: 17:30 -19:00 ☐

18:30 - 20:00 ☐

Jekk diġà qed tiġi segwit minn Aġenzija Sappurt, jekk jogħġbok indika:

Isem tal-professionist: _____

Servizz li qed jintuża: _____

Preferenza tal-lingwa: Malti ☐

Ingliz ☐

L-applikazzjonijiet għandhom jintbagħtu bil-posta lil:

Family Support Unit - Aġenzija Sappurt

Triq Patri Ġwann Azzopardi, Santa Venera, SVR 1614

JEW permezz ta' email fuq workshops.sappurt@gov.mt