

استمارة طلب خدمة

تاريخ الطلب: / / ٢٠٢



جمعية أصدقاء المرضى بالمنطقة الشرقية
Patients Friends Society

اسم الحالة		النوع		() ذكر	() أنثى	() طفل
رقم الهوية		العمر		الجنسية		
المدينة		هاتف		الجوال		
جهة عمل الحالة		موظف قطاع حكومي		مصدر الدخل		
		موظف قطاع خاص				
		لا يعمل	متقاعد	الدخل الشهري (اذكر)		راتب وظيفة

فضلا ارفاق المتطلبات التالية :

- () تقرير طبي معتمد (عربي) يبين الوضع الصحي للحالة وتوصية الطبيب المعالج بتحديد الخدمة أو المستلزم الطبي.
- () صورة من هوية المستفيد - صورة من هوية مقدم الطلب.
- () تعريف الراتب أو ما يثبت الدخل للحالة أو للمعيل.
- () عرض سعر للاحتياج في حالة توفره.

مصدر البيانات الشخصية		صاحب الاحتياج		نوع السكن		منزل (بيت)		شقة		إيجار	
جهة عمل المعيل		موظف قطاع حكومي		مصدر الدخل		المريض يسكن مع					
		موظف قطاع خاص									
		لا يعمل	متقاعد	الدخل الشهري (اذكر)		راتب وظيفة	أخرى		ضمان اجتماعي		ريال

الخدمة المطلوبة (الاحتياج الطبي)

() أتعهد في حالة عدم الحاجة لما تم توفيره من أجهزة ومستلزمات طبية بأن أقوم بتسليمها للجمعيات الخيرية .

التوصية (يتم تعبئتها من قبل الجمعية)