



استمارة العرض علي اللجان الطبية لرعاية ذوي الإعاقة

بيانات مقدم الطلب											
الرقم الشخصي						اسم مقدم الطلب					
الجنسية						ذكر <input type="checkbox"/>			أنثى <input type="checkbox"/>		
جهة العمل						المهنة					
المنطقة		المجمع		الطريق		بناية/منزل		شقة		العنوان	
بيانات المعاق											
الرقم الشخصي						اسم المعاق					
الجنسية						ذكر <input type="checkbox"/>			أنثى <input type="checkbox"/>		
العنوان						صلة القرابة					
سلوكية <input type="checkbox"/>		عقلية <input type="checkbox"/>		جسدية <input type="checkbox"/>		نوع الإعاقة					
شديدة <input type="checkbox"/>		متوسطة <input type="checkbox"/>		بسيطة <input type="checkbox"/>		شدة الإعاقة					
إقامة دائمة <input type="checkbox"/>		إقامة جزئية <input type="checkbox"/>		لا <input type="checkbox"/>		هل المعاق مسجل في أي من مؤسسات الإيواء؟					
بيانات أفراد العائلة المقيمين في نفس محل الإقامة											
المهنة		صلة القرابة		الرقم الشخصي				الاسم الثلاثي			

لاستعمال اللجان الطبية

تاريخ العرض: / /

الملاحظات	لا يحتاج مساعدة	يحتاج مساعدة	الوظائف الحيوية
			العناية بالذات
			الأكل
			الحركة والمشي
			استخدام وسائل المساعدة
			أخرى

ملاحظات: _____

قرار اللجنة	
<input type="checkbox"/> قادر علي القيام ولكن بصعوبة و يحتاج مساعدة	<input type="checkbox"/> غير قادر علي القيام بالوظائف الحيوية الحياتية
<input type="checkbox"/> قادر علي القيام دون الحاجة الى المساعدة	<input type="checkbox"/> يحتاج الى رقابة دائمة
<input type="checkbox"/> لا يستدعي منح ساعتي الرعاية	<input type="checkbox"/> يمنح ساعتي الرعاية حتى تاريخ: ____ / ____ / ____

أعضاء اللجنة:

_____ - ٣ _____ - ١
_____ - ٤ _____ - ٢