|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **الإدارة:** الإدارة العامة لمكافحة الفقر**الدائرة:** المساعدات النقدية والعينية والتأمين الصحي | **رمز النموذج:** | SA-3000-Temp01-v01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري رقم:** | SA-3000-13-V-01 |
| **تابع لإجراء عمل معياري بإسم:** | تقديم التأمين الصحي |

**رقم استمارة الاستهداف: *[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]***

**نموذج طلب إصدار بطاقة تأمين صحي**

**القسم الأول: تفاصيل عن مقدم الطلب**

|  |  |
| --- | --- |
| **الاسم الرباعي:**  | **رقم الهوية: *[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]***  |
| **تاريخ الميلاد: يوم شهر سنة** ***[ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]***  | **التجمع السكني:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****الشارع:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **تاريخ بداية الاعتماد: يوم شهر سنة** ***[ ] [ ]  [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]***  | **حالة طارئة ؟ نعم *[ ]*  لا*[ ]***  |

**القسم الثاني: تفاصيل عن مرافقي مقدم الطلب (صاحب التأمين الصحي)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **تاريخ الميلاد** | **رقم الهوية** | **القرابة** | **الإسم** | **#** |
| **السنة** | **الشهر** | **اليوم** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **1.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **4.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **5.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **6.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **7.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **8.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **9.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **10.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **11.** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **12.** |

|  |
| --- |
| **التوصية:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **اسم المرشد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****تاريخ تقديم الطلب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **التوقيع****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |
| --- | --- |
| **اسم مدير المديرية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****تاريخ تقديم الطلب: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **التوقيع والخاتم:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

\* مرفق "نموذج طلب تسجيل" الخاص بوزارة الصحة معبأ.