

نموذج للاطلاع فقط

طلب يدوي (للمعينات)

رقم الطلب الممكن: ----- / -----

تاريخ الطلب اليدوي :

رمز المركز : _____ إسم المركز : _____

رمز المحقق : _____ إسم المحقق : _____

رقم البطاقة : _____

إسم المعوق الثلاثي

الإسم : _____ إسم الأب : _____ الشهرة : _____

رمز الخدمة : _____

وصف الخدمة : _____ الكمية : _____

نعم دون وصفة طبية
دون وصفة وجود وصفة طبية

حضور المستفيد شخصياً : نعم مع وصفة طبية
عدم حضور المستفيد شخصياً : مع وجود وصفة طبية
الإذن المسبق :

الختم والتوقيع

الإسم

الرمز

سبب عدم حضور المستفيد إلى المركز :
استحالة تنقل إعاقه شديدة إستشفاء سفر العمر غيره حدد :-----

توقيع مقدم الطلب : -----

أو

لمن ينوب عنه : الإسم الكامل :

صل القرابة : ----- (يرفق بيان قيد عائلي)

ملاحظات : (طبية ، إدارية ، او فنية)

.....
.....
.....

سبب عدم حضور المستفيد إلى المركز :
في حال عدم التمكن من إصدار الطلب الممكن ، تدون التحذيرات التي ظهرت على الشاشة :

توقيع المشرف