

البيانات الشخصية :

اسم المريض:	الرقم الشخصي		
العنوان	شقه:	مبنى:	طريق:
هاتف المنزل:	هاتف العمل:	النقل:	المنطقة:

نبذة عن أفراد الأسرة :

عدد أفراد الأسرة	العاملين	العاطلين	الدارسين	الأطفال	الجامعيين

المساعدات العلاجية التي تم الحصول عليها من الجمعيات الخيرية

الجهة	الجمعية الإسلامية	جمعية الإصلاح	جمعية التربية الإسلامية	جهات أخرى	إجمالي المساعدات
المبلغ					

جهة الدين	اجمالي القرض	القسط	المتبقي من القرض

تقرير عن حالة المريض

التسلسل	الجهة المساعدة	نوع المساعدة
١	ماهو المرض الذي يعاني منه؟	
٢	هل سبق أن تعالج عن هذا المرض في البحرين	
٣	أين تعالج من قبل؟	
٤	هل يحتاج إلى عملية جراحية ، وما تكلفتها؟	
٥	هل هو مبعوث عن طريق جهة حكومية؟	
٦	الجهة المراد الذهاب اليها للعلاج؟	
٧	متى ينوي السفر للعلاج؟	

قرار الدكتور:

توقيع الدكتور

قرار اللجنة :

التاريخ: / / ٢٠م	رئيس لجنة المساعدات:
ملاحظات هامة:	

١. رسالة طلب شارحاً فيها الطرف الصحي وأرقام الإتصال	٤. نسخة من شهادة الراتب لجميع أفراد الأسرة
٢. رسالة من البنك إذا كان هناك أي ديون	٥. نسخة من البطاقة السكانية لجميع أفراد الأسرة من الجهتين
٣. نسخة من التقرير الطبي الصادر من البحرين	٦. في حالة عدم استيفاء البيانات المذكورة أعلاه سيتم إلغاء الطلب
٧. نسخة من عقد الزواج أو عقد الطلاق أو شهادة الوفاة	تتم الموافقة بناءً على رأي الطبيب