



Higher Council for Affairs of Persons with Disabilities
المجلس الأعلى لشؤون الأشخاص المصوبين

نموذج بيانات أساسية

رقم الطلب:

--	--	--	--	--

تاريخ ومكان الولادة	العائلة	الجد	الأب	الاسم الأول	الاسم
/ /					

الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب أرمل مطلق

الجنس <input type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى	الجنسية:	الرقم الوطني
--	----------------	--------------

رقم الهوية/جواز السفر (لغير الأردنيين):

مكان الولادة مستشفى منزل عيادة الطبيب مركز صحي أخرى، حدد

ترتيب الشخص ذو الإعاقة في الأسرة: في أي عمر حدثت الإعاقة: في أي عمر تم تشخيص الإعاقة:

فئة الإعاقة	<input type="radio"/> عقلية	<input type="radio"/> توحّد	<input type="radio"/> سمعية	<input type="radio"/> ضعف سمع	<input type="radio"/> صم مكفوفين
<input type="radio"/> بصرية	<input type="radio"/> ضعف بصر	<input type="radio"/> حركية	<input type="radio"/> شلل دماغي	<input type="radio"/> صعوبات تعلم	
<input type="radio"/> نطقية/لغوية	<input type="radio"/> اضطرابات نفسية	<input type="radio"/> إصابات دماغية	<input type="radio"/> متعددة، حدد		

شدة الإعاقة: بسيطة متوسطة شديدة

هل يعاني الشخص ذو الإعاقة من مشكلات صحية مزمنة؟ نعم لا إذا كانت الإجابة نعم حدد:

نوع التأمين الصحي: حكومي عسكري خاص جامعات لا يوجد

المستوى التعليمي أمي مرحلة الروضة أساسي ثانوي ما بعد الثانوية، حدد

وصف لأسباب الإعاقة حسب رأي الشخص ذو الإعاقة / الأهل:

.....

عنوان السكن

المحافظة: اللواء: المدينة: القرية:

الحي: الشارع: رقم المبنى: الهاتف الثابت:

الخلوي: البريد الإلكتروني:

الخدمة المطلوبة: يرجى وضع إشارة (X) أمام الخدمة المطلوبة وتحديد نوعها:

معينات حركية: حدد نوع المعينة	معينات سمعية: حدد نوع المعينة	معينات بصرية	تعليم مدارس دامجة
-1	-1	-1	-1
-2	-2	-2	-2

رعاية إيوانية	تأهيل وتدريب مهني	علاج لفظي	علاج طبيعي	التدخل المبكر/برامج منزلية
---------------	-------------------	-----------	------------	----------------------------

مراكز تربية خاصة/ تعليم وتدريب	مستلزمات طبية، حدد	تشغيل
--------------------------------	--------------------------	-------

خدمات أخرى- حدد نوع الخدمة:	خدمات برنامج التأهيل	تعليم عالي
-----------------------------------	----------------------	------------

جهة التشخيص:	نتيجة التشخيص:	تاريخ التشخيص: ٢٠ / /
--------------------	----------------------	-----------------------

تاريخ تقديم الطلب: ٢٠ / /	اسم مقدم الطلب:	صلته بطالب الخدمة:
---------------------------	-----------------------	--------------------------

أصادق على صحة المعلومات التي تم إدخالها وعليه أوقع	التوقيع:
--	----------

<u>الإجراءات المتخذة:</u>		
.....		
.....		
إسم الموظف:	توقيعه:	تاريخ اتخاذ الإجراء: ٢٠ / /

المرفقات:

- صورة عن التقرير الطبي ○ شهادة الميلاد ○ دفتر العائلة/الهوية الشخصية/جواز السفر ○ المؤهل العلمي
- صورة عن كشف العلامات (منحة سمو الأمير)

دقق النموذج من قبل: التوقيع: التاريخ: ٢٠ / /