

2 اصرح بهذا بان لدي عجز طبي

الهيئة الطبية	نسبة العجز	البند الطبي

(يمنح تخفيض بموجب هذا البند من كانت درجة عجزه الطبي المثبتة بقيمة 90% فما فوق)

سنة	شهر	يوم

3 يحمل بطاقة ضرير بموجب قانون الخدمات الاجتماعية لسنة 1968

4 عائد بموجب قانون العوده لسنة 1950 تاريخ تسجيله كعائد في سجل السكان

5 العاجز الذي يستحق مخصصات حسب قانون المخصصات لمصابي الاعمال العدائيه لسنة 1970

6 والد وحيد كالمنصوص عليه قانون العائلات ذات والد وحيد لسنة 1992

7 ابن 65 او امراه بنت 60 يتقاضى/تتقاضى مخصصات شيخوخة او مخصصات ورثه وليس لي بيت اخر

8 ابن 65 او امراه بنت 60 يتقاضى/ يتقاضى مخصصات شيخوخة او مخصصات ورثه بالاضافه مخصصات تامين دخل من مؤسسه التامين الوطني ولا املك بيتا اخر

9 عاجز يستحق مخصصات شهرية كاملة- كالمنصوص عليه في البند 127 من قانون التامين الوطني وعدم قدرته على كسب من 75% فما فوق

10 مستحق لمخصصات/دفعات بموجب:

قانون تامين الدخل لسنة 1980 بمبلغ _____ ش.ج شهريا

لتامين دخل ادنى, من الوزارة لشؤون الاديان بمبلغ _____ ش.ج شهريا

قانون الاغذية (تامين دفع) لسنة 1972 بمبلغ _____ ش.ج شهريا

مخصصات مساعده بموجب الفصل (و) من قانون التامين الوطني بمبلغ _____ ش.ج شهريا

اصرح بهذا بان كافة المعلومات المدونه اعلاه صحيحة ولم اخف ايه معلومة من المعلومات المطلوبة مني

التوقيع

التاريخ

توجيهات:

يجب ارفاق المستندات المناسبة لإثبات الاستحقاق. الطلبات بدون المستندات المطلوبة لا تبحث.
طلب التخفيضات بموجب البندين 7-10 اعلاه يعبأ فقط اذا لم يعط التخفيض مباشره من السلطة المحليه او اذا حصل خطأ في قيمه التخفيض في تبليغ دفع الارنونا. بالنسبة لهؤلاء لا حاجة لإرفاق مستندات

لاستعمال المكتب

تفاصيل الموظف الفاحص

تفاصيل الموظف الفاحص		التاريخ			مستندات مرفقه	فحص الطلب
اسم الشخصى	اسم العائله	سنة	شهر	يوم	<input type="checkbox"/>	رقم الادعاء
					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

توقيع الموظف

تفاصيل المقرر		القرار بشأن الطلب		رفض <input type="checkbox"/>
الاسم الشخصى	اسم العائله	اسباب القرار		
				موافقة <input type="checkbox"/>
التوقيع				