

# جمعية آل القيسي في لبنان

## طلب مساعدة طبية

الاسم:		الأب:	العائلة:
تاريخ الميلاد: يوم: شهر: سنة:			
مكان المولد: الجنسية:			
عنوان السكن:			
المدينة:		الشارع:	اسم البناية:
رقم الهاتف الأرضي:		الطابق:	
رقم الجوال:			
عنوان العمل:			
المدينة:		الشارع:	اسم البناية:
رقم هاتف العمل:		الطابق:	
المهنة:		اسم المؤسسة:	لا أعمل: <input type="checkbox"/> المعيل الحالي: <input type="checkbox"/>
الوضع الاجتماعي:			
أعزب: <input type="checkbox"/> متزوج: <input type="checkbox"/> مطلق: <input type="checkbox"/> أرمل: <input type="checkbox"/> غيره: <input type="checkbox"/>			
هل تستفيد من أي تقديمات صحية:		وصف الحالة الصحية:	
ضمان اجتماعي: نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		مرض مزمن: <input type="checkbox"/>	
تأمين: نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		حالة طارئة: <input type="checkbox"/>	
تعاونية موظفين: نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/>		غيره (يرجى التوضيح): <input type="checkbox"/>	
غيره (يرجى التوضيح): <input type="checkbox"/>			
نوع المساعدة الطبية المطلوبة:			
أدوية: <input type="checkbox"/>			
فحوصات: <input type="checkbox"/>			
زيارة طبيب: <input type="checkbox"/>			
دخول مستشفى: <input type="checkbox"/>			
اسم الجهة المعالجة: <input type="checkbox"/>		رقم الهاتف: <input type="checkbox"/>	
طبيعة المساعدة الطبية المطلوبة:			
نقدية: <input type="checkbox"/>		عينية: <input type="checkbox"/>	
غيره: <input type="checkbox"/>			
تاريخ تقديم الطلب: / /			
خانة خاصة للجمعية			