

وزارة التضامن الاجتماعي
مديرية التضامن الاجتماعي بمحافظة
مركز العلاج الطبيعي

طلب الإعفاء من رسوم العلاج الطبيعي للمعاقين
(بمراكز العلاج الطبيعي التابعة لوزارة التضامن الاجتماعي)

اسم المريض: السن أو تاريخ الميلاد
اسم مقدم الطلب صفته
عنوان السكن
بطاقة (شخصيه/عائلية) رقم تاريخ صدورها / / سجل مدنى
الفئة التى ينتمى إليها الطالب وفقاً لقرار وزيرة التأمينات و الشؤون الاجتماعية رقم ١٣٨ لسنة ١٩٩٧ .

- من يتم تأهيلهم مهنيا بهينات التأهيل.
- أفراد الأسر أصحاب المعاشات والمساعدات(الضمان الاجتماعي) .
- أفراد الأسر المستفيدين من نظام التأمين الاجتماعي الشامل(معاش السادات) .
- حالات أخرى طبقاً للقرارات الوزارية الصادرة فى هذا الشأن.

مقدم الطلب

الاسم
التوقيع

الرأى

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

مدير المركز

الاسم
التوقيع

وزارة التضامن الاجتماعي
مديرية التضامن الاجتماعي بمحافظة

إيصال

استلمت أنا الطلب المقدم من السيد
بشأن الإعفاء من رسوم العلاج الطبيعي للمعاقين مستوفياً المستندات المطلوبة للحصول على الخدمة
وقيد الطلب برقم بتاريخ / /
التاريخ المحدد لإنجاز الخدمة / /

توقيع الموظف المختص

()

