

**استمارة طلب خدمة**

**رفيق المسن**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **أولا: البيانات الأساسية للمسئول عن المسن** | | | | |
| **الإسم** | |  | | |
| **السن** | |  | | |
| **رقم التليفون/ الموبايل** | |  | | |
| **النوع** | | **O ذكر O أنثي** | | |
| **العنوان** | |  | | |
| **المحافظة** | |  | | |
| **الرقم القومى** | |  | | |
| **الوظيفة** | |  | | |
| **مكان العمل** | |  | | |
| **صلة القرابة** | |  | | |
| **اسم شخص ثان يمكن اللجوء إليه عند الطوارئ** | |  | | |
| **صلة القرابة** | |  | | |
| **العنوان** | |  | | |
| **رقم التليفون/ الموبايل** | |  | | |
| **اسم شخص ثالث يمكن اللجوء إليه عند الطوارئ** | |  | | |
| **صلة القرابة** | |  | | |
| **العنوان** | |  | | |
| **رقم التليفون/ الموبايل** | | \* يرجي إرفاق صورة بطاقة المسئول عن المسن | | |
| **ثانيًا: البيانات الأساسية للمسن** | | | | |
| **اسم المسن** | |  | | |
| **السن** | |  | | |
| **النوع** | | **O ذكر O أنثي** | | |
| **الرقم القومي** | |  | | |
| **العنوان** | |  | | |
| **رقم التليفون/ الموبايل** | |  | | |
| **ثانيا: البيانات الاجتماعية للمسن** | | | | |
| **الحالة الاجتماعية** | | **O أعزب O متزوج O أرمل O مطلق** | | |
| **عدد أفراد الأسرة المقيمين مع المسن بالمنزل** | |  | | |
| **بيانات أفراد الأسرة المقيمين مع المسن بالمنزل** | | | | |
| **م** | **الإسم** | **صلة القرابة** | **المهنة** | **الرقم القومي** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |
| **ثالثا: البيانات الصحية للمسن** | | | | |
| **فئة المسن** | | **O مسن قادر علي خدمة نفسه**  **O مسن غير قادر علي خدمة نفسه (طريح الفراش)**  **O مسن ألزهايمر** | | |
| **الوزن** | |  | | |
| **الطول** | |  | | |
| **هل يعاني من أمراض معدية** | | **O نعم O لا** | | |
| **في حالة نعم يتم ذكر الأمراض** | |  | | |
| **هل يعاني من أمراض مزمنة** | | **O نعم O لا** | | |
| **في حالة نعم يتم ذكر الأمراض** | |  | | |
| **هل يعاني من أمراض أخري** | | **O نعم O لا** | | |
| **في حالة نعم يتم ذكر الأمراض** | |  | | |
| **بيانات طلب الخدمة** | | | | |
| **نوع الرفيق** | | **O ذكر O أنثي** | | |
| **مكان طلب الخدمة** | |  | | |
| **عدد الأيام المطلوبة في الأسبوع** | |  | | |
| **عدد الساعات المطلوبة في اليوم** | |  | | |