



tazc

جمعية طريق الزهور الخيرية  
Tareek Al Zuhour Charity

## استمارة طلب مساعدة طبية

### معلومات المريض

<input type="text"/>	الجنسية *	<input type="text"/>	الاسم الثلاثي *
<input type="text"/>	المحافظة/ المدينة *	<input type="text"/>	تاريخ الميلاد *
<input type="text"/>	تاريخ انتهاء جواز السفر *	<input type="text"/>	رقم جواز السفر *

### معلومات المرافق (الأم حصراً)

<input type="text"/>	الجنسية *	<input type="text"/>	الاسم *
<input type="text"/>	المحافظة/ المدينة *	<input type="text"/>	مهنة الأب *
<input type="text"/>	جهة العمل *	<input type="text"/>	مهنة الأم *
<input type="text"/>	تاريخ انتهاء جواز السفر *	<input type="text"/>	رقم جواز السفر *
<input type="text"/>	رقم الهاتف (2) *	<input type="text"/>	البريد الإلكتروني *

### وصف الحالة الطبية

التاريخ

التوقيع \*

اسم مقدم الطلب \*

**نأمل من المتقدمين عدم دفع أي مبالغ مالية لأي جهة تدعي تبعيتها أو تأثيرها على المؤسسة.**

تقدم جمعية طريق الزهور خدمات المساعدة الطبية للأطفال تحت سن ال ١٢ سنة فقط الذين يعانون من تشوهات خلقية في القلب إرفاق صور مستنسخة ملونة عن تقرير ايكو حديث إضافة إلى تقرير طبي مطبوع يتضمن وصفاً دقيقاً للحالة باللغة الإنجليزية و يتضمن اسم ورقم هاتف الجهة الطبية التي أصدرته بحد أقصاه ٣ أشهر قبل تاريخ تقديم الطلب

التأكيد على كتابة رقمي هاتف خاصين بعائلة المريض

إرفاق صور عن جوازات سفر المريض ووالديه

إرفاق صورة شخصية للمريض.

لن يتم النظر في الطلبات التي لم تستكمل المرفقات المطلوبة أعلاه ولا تقبل التقارير المصورة بجهاز الهاتف النقال

ترسل الاستمارة مع التقارير المرفقة على الايميل [help@tazc.org](mailto:help@tazc.org)