

بسم الله الرحمن الرحيم

إتحاد الدارسين المصريين بأمريكا وكندا

وحدة..... رقم

التاريخ.....

إستمارة الحالة الإجتماعية

إسم العضو العامل (أ أو ب) بالعربية رقم التليفون.....
email address

الجهة الموفدة الحالة الإجتماعية..... رقم ملف العضو بالمكتب الثقافي

نوع الإفاد () عضو بعثة حكومية () إشراف مشترك () منح سلام
() منحة مقدمة للدولة () تمويل خارجي () غيره

إسم العضو العامل بالإنجليزية

إسم صاحب الحالة بالعربية

نوع الحالة () عيون () نظارة أو عدسات () أسنان () ولادة () حالات أخرى

قيمة الفواتير المرفقة قيمة الفواتير المدفوعة

إسم الجهة لمعالجة رقم التليفون

العنوان

إسم مقرر الوحدة المبالغ التي تم صرفها للعضو خلال هذا العنم الإتحادي

عنوان مقرر الوحدة

.....

رأى مقرر الوحدة توقيع مقرر الوحدة

تعهد

أتعهد أنا الموقع أناه أتنى قد دفعت بالفعل قيمة الفواتير المرفقة من مالى الخاص و أتعهد برد أية قيمة من
المعونة الإجتماعية بعد صرفها لى فى حالة إذا ما تم صرفها لى من أية جهة أخرى. و فى حالة ثبات الصرف و عدم وفائى
بالتعهد فأإتحاد موكل بتوقيع الجزاء الذى يراه مناسبا طبقا للائحة المصول بها. التاريخ توقيع العضو

قواعد الصرف

- ١- يكون الصرف للعضو العامل (أ أو ب) الخاضع للإشراف العلمى للمكتب الثقافى و لإسرتة.
- ٢- يكون الصرف للمبالغ التى لم تغطى بالتأمين و بنسبة ٣٥٪ من قيمة المبالغ المدفوعة على ألا تزيد عن الحد الأقصى للعضو.
- ٣- الحد الأقصى للعضو و أسرته ١٢٠ دولار فى العام الإتحادى و يضاف إليها ٥٠ دولار مكافأة ولادة بناء على شهادة الميلاد.
- ٤- الحد الأقصى لمعونة النظارات الطبية و العدسات الاصقة هو ٥٠ دولار.
- ٥- لا تصرف الفواتير لى تم دفعها من مدة تزيد عن ستة أشهر من تاريخ بدء العام الإتحادى السارى.

رأى المسئول الإجتماعى

إسم المسئول الإجتماعى تاريخ وصول الطلب

بعد مراجعة الأوراق المرفقة نرى أن

.....

رقم الشيك المصروف قيمة الشيك توقيع المسئول الإجتماعى.....