وزارة التضامن الاجتماعي
مديرية التضامن الاجتماعي بـ..............
إدارة الاسرة والطفولة

استمارة بيانات ترشيح
(الام المثالية)

صورة الام وبياناتها الشخصية	رقم الطلب ( )	تاريخ الطلب / /٢٠١٧م	
	الاسم الاول	الاسم الثانى	الاسم الثالث	الاسم الرابع

الرقم القومي														
محل الاقامة	محافظة بني سويف...... قسم/مركز........ حي/شياخة:.............. العنوان :													
تليفون أرضى	....	محمول:........	محمول:.....................											
الحالة الاجتماعية	متزوجة ( )	مطلقة ( )	أرملة ( )	هجر ( )										
تاريخ الزواج الحالي	/ /	تاريخ الحالة الاجتماعية الحالية (~~مطلقة~~-ارملة-~~هجر~~)	٢٤/١/٢٠١٠											
الوظيفة	....	حكومي ( ) خاص ( ) حر ( ) تاريخ الالتحاق بالوظيفة	/											
الامراض المزمنة	سكر ( )	ضغط ( )	اعاقة حركية( )	اعاقة بصرية( )	صم وبكم ( )	أخرى تذكر( )								
نوع المرض/الاعاقة														

بيانات (الزوج - الأبناء - الابن البديل ومدة اقامته - الأقارب المقيمين مع الام)

الاسم بالكامل	الرقم القومي	صلة القرابة	المؤهل	المرض المزمن/ الإعاقة	الوظيفة	حكومي - خاص - حر	الإقامة مع الام

مصادر دخل الاسرة :

م	قيمة الدخل الشهري	مصدر الدخل

** تكتب قصة كفاح الام المرشحة خلف الورقة