

## تسجيل مستفيد

يتم من خلله تسجيل الأشخاص الذين يعانون من اضطراب التوحد للاستفادة من الخدمات المقدمة من الجمعية

### شروط تسجيل مستفيد في الجمعية :

- الاثباتات الرسمية (شهادة الميلاد - دفتر العائلة - الاقامه لغير السعوديين و يجب ان تكون سارية المفعول عند التسجيل).
- تقرير طبي من مستشفيات او عيادات تخصصيه تشخيصيه معتمده.
- اثباتات للحالة الاجتماعية للأسره (طلاق - وفاه - صك اعاله - صك وكالة).
- تعبئه استماره الجمعيه.

### استماره تسجيل :

### معلومات الطفل:

| ترتيبه | الجنسية | السجل المدني | تاريخ الميلاد | اسم الطفل رباعي |
|--------|---------|--------------|---------------|-----------------|
|        |         |              |               |                 |

### معلومات الأب:

| رقم الجوال | الوظيفة | المستوى التعليمي | الجنسية | العمر | اسم الأب رباعي |
|------------|---------|------------------|---------|-------|----------------|
|            |         |                  |         |       |                |

### معلومات الأم:

| رقم الجوال | الوظيفة | المستوى التعليمي | الجنسية | العمر | اسم الأم رباعي |
|------------|---------|------------------|---------|-------|----------------|
|            |         |                  |         |       |                |

هل الطفل ملتحق بمراكز او معاهد لذوي الفئات الخاصة.

لا

نعم

### بيانات الأسرة:

|  |                       |
|--|-----------------------|
|  | الدخل الشهري للأب     |
|  | الدخل الشهري للأم     |
|  | الدخل الإجمالي للأسرة |

### مكان السكن:

- ..... مكان السكن ❖  
 خارج الرياض ❖  
 داخل الرياض

### أفراد الأسرة المقيمين في المنزل:

| الاسم | القرابة | العمر | ملاحظات |
|-------|---------|-------|---------|
|       |         |       |         |
|       |         |       |         |
|       |         |       |         |
|       |         |       |         |
|       |         |       |         |
|       |         |       |         |
|       |         |       |         |

### (استمارة دراسة الحالة)

### معلومات أسرية:

- هل الطفل يقيم مع والديه (نعم - لا )
- هل يعاني أي فرد في العائلة من إعاقة (نعم - لا ) اذا بنعم ماهي ؟ .....
- هل هناك أمراض وراثية في الأسرة (نعم - لا - أخرى )
- هل هناك صلة قرابة بين الوالدين (نعم - لا )

## المشاكل الصحية :

| الرقم | المشاكل                                       | نعم | لا | الملحوظات |
|-------|-----------------------------------------------|-----|----|-----------|
| ١     | هل يعاني الطفل من التشنجات                    |     |    |           |
| ٢     | هل يعاني من مشاكل بصرية                       |     |    |           |
| ٣     | هل يعاني الطفل من مشاكل سمعية                 |     |    |           |
| ٤     | هل لديه الطفل حساسية من أدوية أو أطعame معينة |     |    |           |
| ٥     | هل يعاني الطفل حساسية ضد الأصوات العالية      |     |    |           |
| ٦     | أشياء أخرى ذكرتها                             |     |    |           |

معلومات أخرى

---