

V4-2023										رقم الطلب (لغرض الترصيد):			 مؤسسة أقرأ الإنسانية	
نموذج طلب منحة اجتماعية														
الجهة		المساعدات		اليوم	الأحد	التاريخ	02/03/2025	نوع الطلب	معيشة	البرنامج	كبار السن			
الاسم	زكية محمد عمر عطاس		تاريخ الميلاد	03/01/1958		عدد المعالين	1							
الجنسية	اليمن		العمر	67		الدولة	السعودية							
المنطقة	مكة المكرمة		المدينة	جدة		نوع السكن	شقه							
الحي	البلد		هل لديه إعاقة	لا		ملكية السكن	إيجار							
الحالة الاجتماعية	متزوجه		الجنس	أنثى		مبلغ الإيجار	12,000							
صافي الدخل	0		جهة العمل	بدون عمل		المهنة								
الحالة الصحية	مريض		نوع المرض	سكر وضغط		تعيقه عن العمل	لا							
رقم الجوال (1)	0510440952		رقم الهوية	2054286741		نوع الهوية	هوية مقيم							
رقم الجوال (2)	0530763996		تاريخ الإنتهاء	28/09/2026		مستوى التعليم	أمي							
المستفيد الفعلي			صفة القرابة			العمر								
الراتب	0	التقاعد	0	التأمينات	0	الضمان	0	حساب المواطن	0					
التأهيل	0	أخرى	0	المصدر										
أصل مبلغ المطالبة	0	بعد الخصم	0	المساهمات	0	المتبقي	0							
م	الاسم		صلة القرابة	العمر	الدخل	ملاحظات (تذكر الملاحظات، وإذا معاق أو يتيم نذكرها هنا)								
1	سامي شريف محمد عمر		زوج	64		قصور وتضخم بالقلب والسكر والضغط								
2														
3														
4														
5														
السيدة من ال البيت تبلغ من العمر (67 عاماً) تعاني من عدة امراض مزمنة (السكر والضغط) زوجها يعاني من عدة امراض (تضخم وقصور بشرايين القلب وارتفاع ضغط الدم وارتفاع السكر ودهون في الدم) . تطلب المساعدة في رمضان . جزاكم الله خيراً .														
استندات ٢٠٢٤ / ٢ / ٢٩														
المحول له	زكية محمد عمر عطاس		آيبان	3980000240608010764710		SA								
صفته	مقدمة الطلب		رقم الحساب / السداد											
إقرار المستفيد: أقر بصحة المعلومات أعلاه وأتني أنا المستفيد الفعلي من الخدمة المطلوبة أو أتوب عن المستفيد الفعلي، وأؤكد صحة أرقام الحسابات البنكية الخاصة بي أو بالجهات التي لدي التزام نحوها أو أرقام سداد الفواتير أو المطالبات المستحقة علي، ويحق لمؤسسة أقرأ الإنسانية التحقق بما تراه مناسباً وفي حالة ثبوت خلاف ذلك يحق لها اتخاذ الإجراءات التي تحفظ حقها، وأقر بعلمي أنه لا يحق لي المطالبة بالمستندات بعد تسليمها للمؤسسة ولا يعني استلام المؤسسة للطلب الموافقة عليه.														
اسم مقدم الطلب	زكية محمد عمر عطاس		التاريخ	٢٠٢٥ / ٢ / ٢٩		التوقيع	عاطية الهادي							
اسم الباحث	احمد باسندوة		التاريخ	02/03/2025		التوقيع	احمد							
إدارة المنح الاجتماعية	احمد باسندوة		التاريخ	02/03/2025		التوقيع	احمد							
التوجيه														

هوية مقيم

رقم النسخة ٧

المملكة العربية السعودية

وزارة الداخلية



زكية محمد عمر عطاس
ZAKIAH MOHAMMED OMAR ATTAS

٢٠٢٦/٠٩/٢٨ تاريخ الانتهاء

٢٠٥٤٢٨٦٧٤١ رقم الهوية

١٩٥٨/٠١/٠١ تاريخ الميلاد

مكان الميلاد

الاسلام الديانة

اليمين الجنسية

صلة القرابة زوجة

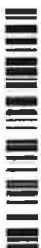
مكان الاصدار جوازات جدة

اسم رب الأسرة سامي شريف محمد عمر

هوية رب الأسرة: ٢٠٤٠٨٤٠١٧١



يجب التحقق
من الرمز السريع
قبل اعتماد
التعامل مع الهوية



هوية مقيم

رقم النسخة ٨

المملكة العربية السعودية

وزارة الداخلية



سامي شريف محمد عمر
SAMI SHARIF MOHAMMED OMAR

تاريخ الانشاء: ٢٠٢٦/٠٩/٢٨

مكان الميلاد: الصومال

الديانة: الاسلام

رقم الهوية: ٢٠٤٠٨٤٠١٧١

تاريخ الميلاد: ١٩٥٥/٠١/٠١

الجنسية: اليمن

مكان الإصدار: جوازات جدة

اسم رب الأسرة: ايمان بنت سامي بن شريف محمد

هوية رب الأسرة: ١١١١٠٥٠٩٧٥



يجب التحقق
من الرمز السريع
قبل اعتماد
التعامل مع الهوية



Jeddah National Hospital



مستشفى جدة الوطني

21763

MEDICAL REPORT

Date

Medical Record No.

Makers

Patient's Name

اسم المريض: **السيد محمد بن محمد**
 اسم العائلة: **السيد محمد بن محمد**
 رقم الملف: **٧٤٣٥٩٢**
 التاريخ: **١٣٠١٨/٥٩**
 الحالة: **الحالة**
 التشخيص: **القلب بسبب ألم الصدر**
 العلاج: **العلاج**
 التوصيات: **العلاج**

Diagnosis: **القلب بسبب ألم الصدر**
 Recommendation: **العلاج**
 Hospital Appointment: **Dr. SALEH AL ATTAS**
 Leave: From **١٥/١٢/٥٩** To **١٥/١٢/٥٩**

to work: **Dr. SALEH AL ATTAS**
 Medical Director: **Dr. SALEH AL ATTAS**



145 Macrona St - Jeddah 21492 Tel: 6710040 (7Lines) Fax: 6727909
 RECORDS DEPARTMENT
 ec. 09

Tel : 0651222 - Fax : 0656061
P.O.Box 5860 Jeddah 21432
Kingdom of Saudi Arabia



ت. ٠٦٥١٢٢٢ فاكس ٠٦٥٦٠٦١
ص.ب ٥٨٦٠ جدة ٢١٤٣٢
المملكة العربية السعودية

213321

تقرير طبي MEDICAL REPORT

Date 8-6-13 التاريخ 01-01-1955 File No. رقم الملف
To Messrs Sex MALE Rm No. Bed No. إلى السيد
Name MRN 371775 *371775* الاسم
Name SAMI S OMAR Name العمر
Age Sex Male/Female الجنس ذكر / أنثى
Admission Date تاريخ الدخول
Discharge Date تاريخ الخروج

History and Examination

تاريخ المرض
بداية المرض الموصلة
تاريخ المرض
التشخيص
Diagnosis
ارتفاع ضغط الدم

Investigations

الفحوصات أشعة / مختبر
مختبر
مختبر

Treatment and Progress

تقديم العلاج
العلاج
هذا تقرير صنفه

Sick Leave : From To من إلى جازة المرضية

Medical Recommendation نصائح

مدير المستشفى الطبي
Medical Director Bugshan Hospital

Dr. Tarek KHALIL
CARD NO: 12227

الطبيب المعالج
Doctor in Charge

Tel : 6691222 - Fax : 6656081
P.O. Box 5860 Jeddah 21432
Kingdom of Saudi Arabia



تلفون : ٦٦٩١٢٢٢ - فاكس : ٦٦٥٦٠٨١
صندوق بريد ٥٨٦٠ جدة ٢١٤٣٢
المملكة العربية السعودية

213368

تقرير طبي MEDICAL REPORT

Date 29/10/14

التاريخ

File No. رقم الملف

To Messrs

MRN 371775

371775

Name

Name : SAMI S OMAR

Age

Sex : MALE

DOB: 01-01-1955

Sex: Male/Female

Admission Date

Discharge Date

History and Examination

Diagnosis

Investigations

Treatment and Progress

Sick Leave : From

To

الي

من

الاجازة المرضية

Medical Recommendation

Medical Director Bugshan Hospital

Dr. Yarek KHALIL
CARDIO-12227

الطبيب المعالج
Doctor in Charge



AL-MOSTAQBAL HOSPITAL

P.O. Box 1878 Jeddah 21441 C.R. 9421

Tel : 6875255 - 6876262 - Fax : 6807274



مستشفى المستقبل

جدة ٢١٤٤١ ص.ب. ١٨٧٨

هاتف : ٦٨٧٥٢٥٥ - ٦٨٧٦٢٦٢ - فاكس : ٦٨٠٧٢٧٤

PRESCRIPTION FORM

Record No. :

Patient's Name :

Age :

Date of visit :

8/10/2019

Diagnosis : DM, PN, HTN, Hyperlipidaemia, Fatty liver

No.	Medicines	Qty.	Price	To
	Trajenta 5 mg Tablet ٢٢٠	X1	X1	
	Forxiga 10 mg Tablet CA	X1	X1	
	Toujeo Solostar ٢٠ X الكبد	X1	X1	
	NeuroB tablet ٢٠	X1	X1	
	Coaprovel 300/12.5 mg Tablet CA			
	Amlor 5 mg Capsule ٣٠	X1	X1	
	Astatin 20 mg Tablet ٣٠	X1	X1	
	Legalon Capsule 140 ٣٠	X1	X1	
	Glucovance 500/5 mg Tablet ٣٠	X1	X1	

Total

Doctor's Name :

Signature :

AMH - 1061