ردیف ثبت در فایل مرجع
محل ثبت در دبیرخانه سازمان (در صورت نیاز)

فرم شماره ۱ (درخواست کمک های بلاعوض)

بسمه تعالی

ریاست محترم سازمان نظام مهندسی ساختمان استان تهران

موضوع: درخواست دریافت (کمک بلاعوض)

با سلام و احترام،خواهشمند است با درخواست اینجانب

نام و نام خانوادگی عضو : ..... شماره عضویت: ..... شماره پروانه:.....

.شماره ملی ..... شماره تماس:..... شماره حساب:.....

به نشانی:.....

مبنی بر دریافت کمک بلاعوض به دلیل بیماری (صعب العلاج یا خاص) ..... جهت ☐ عضو سازمان ☐همسر

☐ فرزند ☐ پدر و مادر موافقت فرمایید.

مهر و امضاء عضو

تسهیلات بلاعوض دریافتی اینجانب در سنوات گذشته مبلغ .....ریال میباشد

تاریخ:.....

توجه : در صورتی که خود عضو به علت بیماری امکان حضور نداشته باشد، اعضاء درجه یک امکان پیگیری خواهند داشت

مرحله اول: بررسی کارشناس رفاهی

☐ اصل نامه پزشک متخصص در خصوص بیماری

☐ خلاصه پرونده بیمار(اصل یا کپی برابر اصل)

☐ کنترل اصل و تحویل کپی مدارک احراز هویت

- عضو(کپی کارت عضویت دارای اعتبار)
- همسر(اصل و کپی شناسنامه کلیه صفحات عضو و همسر)
- فرزند تحت تکفل(اصل و کپی شناسنامه کلیه صفحات عضو و فرزند،فرزندان ذکور تا سن ۲۱ سال تمام و فرزندان اناث تا ۱۸ سالگی و پس از آن به شرط عدم اشتغال و ازدواج)
- پدر و مادرتحت تکفل(اصل و کپی شناسنامه کلیه صفحات عضو و پدر و مادر+گواهی کفالت قانونی)

☐ فرم شماره ۲ (اعلام ریز هزینه) به التزام اصل فیش (یا کپی)ممهور شده هزینه های پرداختی تایید شده توسط بیمارستان یا مراکز درمانی **حداکثر مربوط به یکسال گذشته** از زمان درخواست بررسی و مبلغ هزینه کرد(سهم بیمار)با توجه به فرم ۲ مبلغ : ..... ریال می باشد.

مدارک نامبرده مبنی بر درخواست شرایط خاص بررسی و مدارک به لحاظ شکلی:

☐ کامل و منطبق با ضوابط و شیوه نامه می باشد.

☐ با شرایط شیوه‌نامه و ضوابط دریافت تسهیلات شرایط خاص انطباق ندارد.

نام و نام خانوادگی کارشناس

تاریخ: امضاء:

مرحله دوم: تأیید پزشک معتمد سازمان

بیماریهای خاص و صعب العلاج ☐هموفیلی ☐تالاسمی ☐دیالیز خونی و صفاقی ☐ ام اس ☐متابولیک ☐بال پروانه ای ☐پیوند اعضا ☐ سرطان

آیا هزینه های پیوستی با نوع بیماری مطابقت دارد ☐ دارد ☐ ندارد

پس از معاینه بیمار و بررسی پرونده و مدارک پزشکی

☐ مدارک و مستندات نامبرده بررسی و از نظر اینجانب مورد تایید می باشد.

☐ مدارک و مستندات نامبرده بررسی و از نظر اینجانب مورد تایید نمی باشد.

نام و نام خانوادگی:

تاریخ: امضاء:

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان تهران

فرم شماره ۲(اعلام ریز هزینه)

توجه: التزام اصل فیش (یا کپی)ممهور شده هزینه های پرداختی تایید شده توسط بیمارستان یا مراکز درمانی حداکثر مربوط به یکسال گذشته از زمان درخواست الزامیست.

ردیف	شرح	مبلغ پرداختی سهم بیمه(ریال)	مبلغ پرداختی سهم بیمار(ریال)	شماره ضمیمه به فرم	تاریخ هزینه کرد
جمع					

مهر و امضاء عضو

تاریخ:.....

سازمان نظام مهندسی ساختمان
استان تهران

فرم شماره ۳

مرحله سوم: تکمیل چک لیست نهایی کنترل مدارک توسط کارشناس رفاهی

ردیف	شرح	وضعیت	
۱	اصل نامه پزشک متخصص	☐دارد	☐ندارد
۲	خلاصه پرونده بیمار(اصل یا کپی برابر اصل توسط مرکز درمانی)	☐دارد	☐ندارد
۳	کپی پروانه اشتغال به کار مهندسی	☐دارد	☐ندارد
۴	گواهی عدم بدهی عضویت	☐دارد	☐ندارد
۵	اعضای درجه یک عضو : کپی کلیه صفحات شناسنامه عضو و بیمار	☐دارد	☐ندارد
۶	**فرزند** شرایط تکفل را دارا میباشد	☐دارد	☐ندارد
۷	عضو گواهی کفالت قانونی **پدر یا مادر** را دارا می باشد	☐دارد	☐ندارد
۸	فرم شماره ۱ و تایید پزشک معتمد سازمان	☐دارد	☐ندارد
۹	فرم شماره ۲ به همراه اصل فیش هزینه های پرداختی	☐دارد	☐ندارد
۱۰	آیا هزینه های پیوستی با نوع بیماری مطابقت دارد	☐دارد	☐ندارد

با توجه به مستندات ارائه شده و اینکه ایشان متقاضی استفاده از تسهیلات بلاعوض برای مرتبه ..... میباشند،مطابق شیوه نامه دارای شرایط دریافت وام بلاعوض به مبلغ.....ریال می باشند.

نام و نام خانوادگی کارشناس:

تاریخ: **امضاء:**

مرحله چهارم: بررسی مدیریت امور رفاهی وخدمات حقوقی اعضاء :

☐ شرایط دریافت کمک بلاعوض را دارد.

☐ شرایط دریافت کمک بلاعوض را ندارد.

مدیر رفاه

تاریخ: **امضاء:**

مرحله پنجم: نتیجه بررسی و دستور معاونت توسعه سرمایه مهندسی

☐ درخواست فوق مورد تایید است.

معاونت توسعه :

تاریخ: **امضاء:**