

بسمه تعالی
مؤسسه خیریه نورالزهراء (س)

فرم تحقیق سالیانه

تاریخ :
شماره :

۱- نام و نام خانوادگی سرپرست فعلی : ش ش : تاریخ تولد : شغل :

وضعیت سرپرست پدر خانواده فوت : بیمار : متارکه : مستحق :

تاریخ :

آدرس و مشخصات معرف :

آدرس و کروکی :

۲- مشخصات افراد تحت تکفل :

نام و نام خانوادگی	تاریخ تولد	ش ش و محل صدور	میزان تحصیل	شغل	درآمد
تعداد محصلین :	تعداد دانشجو	تعداد فرزندان پسر	تعداد فرزندان دختر	تعداد شاغلین	ترك تحصیل

۳ - میزان درآمد : مستمري کمیته امداد

کمک از سایر مؤسسات خیریه :

حقوق پرداختی خیریه طرح حامی پرداختی

۴ - وضعیت مسکن : اجاره : میزان رهن :

شخصی :

۵ - وضعیت بیمه درمانی بیمه امداد بیمه خویش فرما خدمات درمانی

هیچ گونه حمایت درمانی ندارد

۶ - آیا بیماری خاصی در خانواده وجود دارد .

۷ - نیاز ضروری خانواده : مسکن درمان بیمه ارزاق

تحصیلی ازدواج جهیزیه سیسمونی

نوع خانواده :

یتیم : مطلقه بیمار مستحق

الویت : سادات : عام : عادی : ویژه :

ارتباط با خانواده پدری :

آیا کمکی دارند :

ارتباط با خانواده مادری :

آیا کمکی دارند :

آیا از طریق مدرسه فرزندان مساعدتی دریافت می نمایند :

آیا از طریق مسجد محل مساعدتی صورت می گیرد :

الویت نیازهای خانواده :

اقتصادی درمانی خدمات مشاوره ای