



الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

سياسة تنظيم العلاقة مع المستفيدين

تم مراجعة وإعداد السياسة في محضر اجتماع ٢ في مجلس الإدارة بدورته الثالثة بقرار رقم (٤١-٣-٢-١)

1



المتقطعين



مقدمي الرعاية



أعضاء الجمعية

مسجلة بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية برقم (٤٩١)
Ministry of Labor and Social Development No (491)

@Saudialzheimer
@Saudialzheimer
Saudialzheimer

www.alz.org.sa

ص.ب ١٤٩١٩ الرياض ١١٤٣٤ المملكة العربية السعودية
P.O.BOX 14919 Riyadh 11434 Kingdom of Saudi Arabia
T: +966112143838/+966114100112 F: +966112170904



سياسة تنظيم العلاقة مع المستفيدين:

الجمعية السعودية الخيرية لمرض الزهايمر تعنى برسالة الجمعية وأهدافها الخيرة التي تسعى لخدمة "كبار السن" مرضى الزهايمر". وهي الجمعية هي الأولى من نوعها التي تعنى بالمصابين بمرض الزهايمر في مناطق المملكة.

● تعزيز الخدمات الصحية والتواصل من جهات المسؤولية تحت مظلة وزارتي العمل والتنمية الاجتماعية والصحة مع صناع القرار للإقرار حقوق المرضى وذويهم

● رفع مستوى الوعي بالمرض لدى فئات المجتمع وتنفيذهم

● تقديم الدعم التضييفي والاجتماعي والنفسي للأسر مرضى الزهايمر

● تقديم الدعم للمستحقين المساعدة بناء على أنظمة وسياسة وزارة العمل والتنمية الاجتماعية (نظام الضمان الاجتماعي المادة الأولى) :

- العاجز عن العمل: من ثبت طبياً أنه غير قادر - بصفة دائمة أو مؤقتة - فادة تقرير طبي بإصابة المريض بمرض الزهايمر - على القيام بأي عمل أو نقصت قدرته على أداء العمل المناسب بسبب مرض أو عاهة، وليس له عائل مقتدر أو مصدر كاف للعيش

- من بلغ سن الشيخوخة: كل من تجاوز سن ٦٥ من العمر وليس له عائل مقتدر أو مصدر كاف للعيش وقد يتم استثناء وتسجيل سن الشيخوخة بحالات فردية أصيبت بالمرض
- أسرة مريض الزهايمر: مجموعة مكونة من زوج وزوجة (أو أكثر) وأولادهما أو بعض أفراد هذه المجموعة يقدم الرعاية للمريض الزهايمر في نفس المسكن حتى يستحق الدعم.

- الأسرة من أ فقد الزهايمر معيلهم: أي أسرة ليس لها عائل إما بسبب الوفاة أو الطلاق أو الفقد أو السجن أو الهجر أو غير ذلك، ولم يكن لها مصدر كاف للعيش ولديه مريض الزهايمر



الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

آلية العلاقة مع المستفيدين:

- 1- استقبال المستفيدين في مقر الجمعية (ميدانياً ، هاتفياً) .
- 2- استقبال المستفيدين عن طريق وسائل التواصل الاجتماعي.
- 3- استقبال المستفيدين في الحملات التوعوية داخلياً وخارجياً .
- 4- لقاء المستفيدين مع الباحثين والمساندين الاجتماعيين خلال الشركات الخيرية مع الجمعيات الخيرية المختلفة ولديها مريض الزهايمر من الأسر المحتاجة.
- 5- تزويد الجمعية بأسماء وقوائم أسر المرضى من خلال عقد الشركات الاستراتيجية (قطاع صحي).
- 6- البحث عن أسر المرضى من خلال التواصل الإعلاني والتبلیغ في الحملات التوعوية على مدار السنة.



المتقطعين



مقدمي الرعاية



أعضاء الجمعية



مراحل العمل مع المستفيدين:

- 1- التواصل مع جميع القطاعات وكافة شرائح المجتمع للوصول إلى المرضى لتقديم الاستشارات والخدمات المثلثي.
- 2- التأكد من استلام جميع الإثباتات والأوراق لتقديم أنواع المساعدة ومجالات الخدمة.
- 3- مراجعة مصاريف المرضى وتكلفة الاحتياجات الصحية والطبية
- 4- تشكيل قاعدة بيانات خاصة بالمرضى لمواكبتهم بالمستجدات القصوى للمريض وأسرته.
- 5- تسجيل احتياجات المرضى ضمن استماراة التقييم الاجتماعي لتصنيف مجالات الدعم.
- 6- تعريف وتنقify مقدمي الرعاية بمرض الزهايمر والأمراض ذات بالطرق المباشرة وغير المباشرة من أجل مساعدتهم على التكيف مع المصاب والأعراض التي تطرأ عليه.
- 7- عقد شراكات مع جهات تقدم الخدمات المطلوبة للمريض.

المتطلبات الأساسية لحالة الأسرة:

1- طلب دراسة الحالة (ارفاق استماراة البحث الاجتماعي)

• مرفق تقرير طبي حديث عند فتح الملف يثبت إصابة الحالة بمرض ألزهايمر لمدة لا تتجاوز الثلاث

أشهر من المستشفى أو المركز الصحي - افادة طبية - رقم الهوية - صورة من الهوية. (ارفاق

استماراة طلب تسجيل مريض) (مرفق ١)

• عمل زيارة ميدانية للأسر لتحديد الاحتياجات والتحقق من المعلومات المدونة مع الباحثات.

• تعبئة الاستماراة الخاصة بالبحث وتوقيع من الأخصائي/الأخصائية وتختم من مدير الجمعية/وضابط

الاتصال معهم. (مرفق ٢)

• رفع استماراة طلب للإدارة المالية للصرف على الحالة. (مرفق ٣)





**الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر**

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

مجالات التعاون والدعم مع المستفيدين:

تقدم الجمعية كافة الخدمات المساندة والتي تشمل التالي:

أولاً:	دعم إيجار منزل
ثانياً:	ممرضة أو عاملة منزلية
ثالثاً:	تشخيص وعلاج مع الجهات المختصة والعيادات في جميع مناطق المملكة وتغطية التكاليف (تذكرة + سكن + مواصلات)
رابعاً:	أجهزة طبية
خامساً:	أدوية علاجية
سادساً:	مواد غذائية
سابعاً:	أجهزة كهربائية



المتطوعين

مقدمي الرعاية

أعضاء الجمعية

مسجلة بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية برقم (٤٩١)
Ministry of Labor and Social Development No (491)

@Saudialzheimer
@Saudialzheimer
Saudialzheimer

www.alz.org.sa

ص.ب ١٤٩١٩ الرياض ١١٤٣٤ المملكة العربية السعودية
P.O.BOX 14919 Riyadh 11434 Kingdom of Saudi Arabia
T: +966112143838/+966114100112 F: +966112170904



الجمعية السعودية الخيرية لمرض الزهايمر

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

● متابعة إجراءات إصدار الدعم والتأكد من إيصال شتى المجالات للأسرة المستفيدة.

● التواصل والمتابعة من الاستفادة من الدعم مع الأسر.

● التحقق هاتفيًا خلال أسبوع من تقديم المساعدة عن حالة المريض ومعرفة الاحتياجات والمتطلبات

الإضافية.

في حال تواجد الأسرة خارج منطقة الرياض تقوم الجمعية بالتواصل مع الشريك الخيري:

● ستقوم الجمعية بإرسال (خطاب رسمي - عقد الخدمات المؤقت - استمارة المتطلبات لتقدير

الحالة)

● ستقوم الجهة الأخرى بالرد على (الخطاب الرسمي بالموافقة - توقيع العقد الخدمي المؤقت -

دراسة الحالة)

● طرق المراسلات (إما تكون بريد ممتاز أوإيميل أو فاكس) للمتابعة واستلام العقد بعد التوقيع.

● تبليغ قسم المحاسبة + صورة من العقد ليتسنى إصدار المبلغ وتجهيز الشيك باسم الجهة.

● يتم التأكد من استلام الحالة للمساعدة. (مرفق ٤)

● يتم المتابعة للتأكد من استلام الحالة للمساعدة والإفادة بضابط اتصال من الجهة للتسيق معه.

مرفق الاستمرارات:

1. استمارة طلب تسجيل مريض.

2. استمارة التقديم الاجتماعي.

3. سند صرف للحالة.

4. سند استلام.



المتقطعين

مقدمي الرعاية

أعضاء الجمعية



الجمعية السعودية الخيرية لمرض الزهايمر

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

الاشتراطات والالتزامات:

- يقتصر الانتفاع من هذه الخدمة على السعوديين المقيمين داخل المملكة إقامة دائمة من توافرت فيهم الشروط المبينة فيه، واستثناء من شرط الجنسية ويستفيد من أحكام هذا النظام الأسرة دون معيل فقط لصلاحية الإقامة الحالية وأيضاً فيما يخص (إعانة المريض بالعلاج والأجهزة الطبية والمستلزمات الصحية) دون دفع الإيجار أو توفير رعاية منزلية.
- كما يستفيد من أحكامه من هم خارج نطاق مدينة الرياض وفي جميع مناطق المملكة ممن عقدت معهم الجمعية شراكات خيرية تستطيع أن تقدم الدعم لأسر المرضى من خلال البحث الاجتماعي ورفعه المستمر خلال ثلاثة أشهر.
- وصول المريض لعمر سن الشيخوخة ٦٥ سنة فما فوق.
- استيفاء المتطلبات من الأوراق الثبوتية والرسمية المطلوبة.
- ويستمر الصرف على المريض وأسرته إلى وفاة المريض وتنتقل المساعدات لأسر ومريض آخر حسب التسجيل بالأولوية.



المتطوعين



مقدمي الرعاية



أعضاء الجمعية



الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

استماره تسجيل مرضى الزهايمر

٨



المتطوعين



مقدمي الرعاية



أعضاء الجمعية

مسجلة بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية برقم (٤٩١)
Ministry of Labor and Social Development No (491)

@Saudialzheimer

@Saudialzheimer

Saudialzheimer

www.alz.org.sa

ص.ب ١٤٩١٩ الرياض ١١٤٣٤ المملكة العربية السعودية
P.O.BOX 14919 Riyadh 11434 Kingdom of Saudi Arabia
T: +966112143838/+966114100112 F: +966112170904



**الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر**
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

مقدمي الرعاية

الرقم التسلسلي

تاريخ تعبئة الاستمارة

أولاً : معلومات المريض/ة

١- أسم المريض/ة الثلاثي؟

٢- العمر؟ أقل من ٤٠ / ٤٠/٥٠/٦٠/٧٠/٨٠/٩٠/١٠٠/أكثر من ١٠٠

٣- الجنس؟ ذكر / انثى

٤- الحالة الاجتماعية؟ أعزب / متزوج / مطلق / أرمل

٥- عدد الأبناء؟

٦- الجنسية؟

٧- المستوى التعليمي؟ أمي / ابتدائي / متوسط / ثانوي / جامعي / تعليم عالي

٨- وظيفة المريض/ة السابقة؟

٩- المدينة السكنية سابقاً؟

١٠- المدينة السكنية حالياً؟

١١- عنوان السكن؟

١٢- نوع السكن؟

فيلا ملك / فيلا إيجار / شقة ملك / شقة إيجار / دور أرضي ملك/دور أرضي إيجار / دور علوي ملك/
دور علوي إيجار

١٣- هل تم تشخيص المريض/ة؟ (في حال الإجابة بنعم)

* منذ متى تم تشخيص المريض/ة؟

أقل من سنة / سنة- ثلاثة سنوات / أربع سنوات- ست سنوات / سبع سنوات- تسع سنوات / عشر سنوات
أو أكثر



المتطوعين

مقدمي الرعاية

أعضاء الجمعية



**الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر**
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

* اسم المستشفى؟

* اسم الطبيب المشخص للحالة؟

* مرحلة المرض؟

مرحلة مبتدئة، مرحلة متوسطة، مرحلة متقدمة

(في حال الإجابة بلا)

رابط تسجيل العيادة

٤- هل يعاني المريض من أمراض أخرى؟

سكر / ضغط / كوليسترول / جلطات / أمراض قلب / أورام / إصابات بالرأس / لا يوجد / أخرى / لا يحتاج

٥- هل المريض مسجل بالضمان الاجتماعي؟

٦- هل توجد ممرضة لدى المريض؟

٧- هل يوجد تأمين للمريض؟

٨- هل يحتاج المريض لأي من الأجهزة التالية؟

كرسي متحرك / كرسي دورة مياه / سرير كهربائي / جهاز تنفس / أخرى

٩- هل المريض مسجل بالضمان الاجتماعي؟

١٠- صورة من الضمان الاجتماعي

١١- صورة من التقرير الطبي إذا تم تشخيصه

١٢- صورة من بطاقة الأحوال



المتطوعين

مقدمي الرعاية

أعضاء الجمعية



ثانياً: معلومات مقدم /ة الرعاية

عضو سابق/

١- أسم مقدم/ة الرعاية الثلاثي؟

٢- العمر؟ أقل من ٢٠/٢٠/٤٠/٣٠/٦٠/٥٠/٧٠/ أكثر من ٧٠

٣- الجنس؟ ذكر / أنثى

٤- الحالة الاجتماعية؟ أعزب / متزوج / مطلق / أرمل

٥- صلة القرابة؟ ابن/ بنت - أخ/أخت - زوج/زوجة - آخرى

٦- رقم التواصل (جوال)؟

٧- رقم التواصل (هاتف)؟

رقم التواصل جوال اخر؟

٨- البريد الكتروني

٩- المستوى التعليمي؟

١٠- الحالة الوظيفية؟

لا يعمل / موظف قطاع خاص / موظف قطاع حكومي / أعمال حرة / أخرى

١١- دخل الأسرة الشهري؟

أقل 10,000 / أكثر 10,000

١٢- هل يقيم مقدم الرعاية مع المريض/ة؟





ثالثاً : معلومات عن الجمعية وخدماتها :

١- كيف عرفت عن الجمعية؟

٢- منذ متى وأنت على تواصل مع الجمعية؟

أقل من سنة / سنة / سنتين / ثلاثة سنوات / أربع سنوات / خمس سنوات / أكثر

٣- في حال تم اطلاعك على مجالات التوعية الآتية (قيمها) نعم / لا

*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم *

البروشورات

الكتيبات

المحاضرات

الحملات التوعوية

المؤتمرات

الاستشارات الهاتفية مع إدارة التحقيق الصحي لدى الجمعية

وسائل التواصل الاجتماعي

الموقع الإلكتروني

٤- في حال تم الاطلاع على برامج المساعدة الاجتماعية والنفسية الآتية (قيمها) نعم / لا

*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم *

مجموعات الدعم الذاتي

ورش العمل

استشارات مقدمي الرعاية

جلسات الدعم النفسي

٥- في حال تم الاطلاع على برامج الإرشاد والتوجيه الآتية (قيمها) نعم / لا

*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم *

قائمة الأطباء والمختصين في مجال ألزهايمر

رابطة ألزهايمر

٦- في حال تم اطلاعك على الخدمات القانونية الآتية (قيمها) نعم / لا

*يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم *





٧- في حال تم الاطلاع على برامج الإعاقة والدعم الآتية (قيمها) نعم / لا

* يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم *

دعم مادي /
١- دفع إيجار

٢- استقدام عاملة

٣- استقدام ممرضة

دعم عيني /

١- أدوية

٢- مستلزمات صحية

٣- أجهزة طبية

٤- أجهزة منزلية

٨- في حال تم الاطلاع على الخدمات المباشرة للمرضى الآتية (قيمها) نعم / لا

* يوضع خمس نجمات أمام كل فقرة لتقييم *

لنعم دينهم

وجبات على عجلات

فريق الطوارئ

مشروع رفقة التكامل

مواصلات نقل المرضى

بطاقة تيسير

برنامج صلة

برنامج مواساة

كسوة الشتاء

أطباء زائرون

العيادات المتنقلة

التدريب الإلكتروني

ورش يوم الأربعاء

٩/ هل ترغب بالتعاون وتقديم العون للمجتمع بالتعاون مع الجمعية؟ نعم / لا



**الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمير**
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

إذا كانت الإجابة نعم فيمكنك المساعدة عن طريق

- الظهور الإعلامي كمقدم رعاية
- الظهور الإعلامي كمقدم رعاية بمرافقه المريض
- الحديث عن تجربتك كمقدم رعاية في اللقاءات التوعوية
- الانضمام لفريق الطوارئ
- المشاركة في ورش العمل التدريبية
- تدريب مقدم رعاية آخر
- المساهمة في رفع وعي المجتمع عبر مشاركتك لقصتك كمقدم رعاية من خلال ذكر (قصة مؤلمة، كيفية معرفة إصابة المريض، ردة فعل وشعور مقدم الرعاية، حدث محزن)
- دعم الأبحاث لأي حلول مستقبلة تقضي على المرض وتساهم في خلق مستقبل واحد.



مقدمي الرعاية

أعضاء الجمعية



الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

استماره تقييم طبي واجتماعي

15



المتطوعين



مقدمي الرعاية



أعضاء الجمعية

مسجلة بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية برقم (٤٩١)
Ministry of Labor and Social Development No (491)

@Saudialzheimer 
@Saudialzheimer 
Saudialzheimer 

www.alz.org.sa

ص.ب. ١٤٩١٩ الرياض ١١٤٣٤ المملكة العربية السعودية
P.O.BOX 14919 Riyadh 11434 Kingdom of Saudi Arabia
T: +966112143838/+966114100112 F: +966112170904



**الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر**

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

..... رقم المريض في سجل المساعدات الطبية (خاص بالجامعة)

● البيانات الأولية:

- اسم المريض / المريضة رباعياً _____
- رقم الملف الطبي إذا وجد _____
- اسم الجهة التي تلقى بها العلاج _____
- الجنس: ذكر أنثى
- الجنسية: _____
- العمر: _____
- اسم الأم _____
- الحالة الاجتماعية للمريض/ة متزوج أرمل أعزب مطلق
- المستوى التعليمي أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي ماجستير دكتوراه
- الدخل الشهري: _____
- مكان الإقامة: _____
- المدينة: _____ الحي: _____
- رقم الهاتف: —
- رقم السجل المدني: _____

● بيانات عن مقدم/ة الرعاية:

- اسم مقدم/ة الرعاية: _____ قرابته: _____ رقم البطاقة: _____
- رقم الهاتف (ث): _____ ج: _____ رقم للضرورة _____
- هاتف العمل _____ مقر العمل _____
- المستوى التعليمي: _____ أمي ابتدائي متوسط ثانوي جامعي ماجستير دكتوراه
- الدخل الشهري: _____





الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

• التكوين الأسري للمريض/ة:

عدد الأبناء: ذكور _____ إناث _____

عدد العاملين منهم _____

هل يوجد لدى الأسرة معاين : العدد _____ ذكور _____ إناث _____ إجمالي _____

نوع الإعاقة: _____

• معلومات عن الوضع الاجتماعي للمريض/ة:

نوع السكن: شقة _____ فيلا _____ منزل شعبي _____
ملك _____ إيجار _____ سكن حكومي _____ مشترك _____

حالة السكن: سيئة _____ متوسط _____ جيدة _____

قيمة الإيجار السنوي: _____

الدخل الشهري :

مصدره: _____

• وصف شامل للحالة الاجتماعية الحالية للمريض/ة:



مقدمي الرعاية

المتطوعين

أعضاء الجمعية



**الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر**
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

• التوصية باحتياجات المريض/ة:

كرسي متحرك سرير أدوية أخرى

- مصدر تحويل الحالة: _____
- سبب التحويل: _____
- هاته _____ اسم الأخصائية/الأخصائي: _____
- التوقيع: _____

مدبر الجهة: _____ التوقيع: _____

الختم الرسمي

• الحالة الصحية للمريض/ة:

➢ الأعراض الإدراكية

➢ المشاكل الوظيفية: _____

➢ المشاكل السلوكية: _____

➢ التشخيص الطبي: _____





**الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر**

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

اسم الطبيب	■
موقعه	■
التاريخ	■
الجهة:	■

خاص بإدارة الجمعية:

بيان ما تم صرفه للمريض من مساعدات عينية إن وجد سابقاً:

رأي إدارة الجمعية:

لا يحتاج إلى دعم يحتاج إلى دعم

▪ نوعية الدعم

_____ كرسي متحرك سرير أدوية أخرى



مقدمي الرعاية أعضاء الجمعية

مسجلة بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية برقم (٤٩١)
Ministry of Labor and Social Development No (491)

@Saudialzheimer
@Saudialzheimer
Saudialzheimer

www.alz.org.sa

ص.ب. ١٤٩١٩ الرياض ١١٤٣٤ المملكة العربية السعودية
P.O.BOX 14919 Riyadh 11434 Kingdom of Saudi Arabia
T: +966112143838/+966114100112 F: +966112170904



الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

الوصيات:

التوقيع	الاسم

التاريخ / / الموافق / /



أعضاء الجمعية

مسجلة بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية برقم (٤٩١)
Ministry of Labor and Social Development No (491)

@Saudialzheimer
@Saudialzheimer
Saudialzheimer

www.alz.org.sa

ص.ب ١٤٩١٩ | ١٤٣٤ | المملكة العربية السعودية
P.O.BOX 14919 Riyadh 11434 Kingdom of Saudi Arabia
T: +966112143838/+966114100112 F: +966112170904



الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر

SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

استماره امر سند صرف

21



مقدمي الرعاية

أعضاء الجمعية

مسجلة بوزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية برقم (٤٩١)
Ministry of Labor and Social Development No (491)

@Saudialzheimer

@Saudialzheimer

Saudialzheimer

www.alz.org.sa

ص.ب ١٤٩١٩ الرياض ١١٤٣٤ المملكة العربية السعودية
P.O.BOX 14919 Riyadh 11434 Kingdom of Saudi Arabia
T: +966112143838/+966114100112 F: +966112170904



الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

أمر سند صرف

اسم المريضة/

اجمالي التكلفة/

وصف الحالة	الاحتياج

اليوم:

التاريخ: / /

الادارة التنفيذية

..... التوقيع /

الأخصائية الاجتماعية

..... التوقيع /



المتطوعين

مقدمي الرعاية

أعضاء الجمعية