الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

سياسة تنظيم العلاقة مع المستفيدين

سياسة تنظيم العلاقة مع المستفيدين:

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

١. تعزيز الخدمات الصحية والتواصل من جهات المسؤولة تحت مظلة المركز الوطني لتنمية القطاع غير الربحي كإشراف إداري ومالي ووزارة الصحة كإشراف فني ومع صناع القرار للإقرار في حقوق المرضى وذويهم
٢. رفع مستوى الوعي بالمرض لدى فئات المجتمع وتثقيفهم
٣. تقديم الدعم التثقيفي والاجتماعي والنفسي للأسر مرضى ألزهايمر
٤. تقديم الدعم للمستحقين والمساعدة بناء على أنظمة وسياسة وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية (نظام الضمان الاجتماعي المادة الأولى):

- العاجز عن العمل: من ثبت عجزه صحيا عن العمل– بصفة دائمة أو مؤقتة –افادة تقرير طبي بإصابة المريض بمرض الزهايمر - غير قادر 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 ٦٠ من العمر وليس له عائل مقتدر أو مصدر كاف للعيش وقد يتم استثناء وتسجيل سن الشيخوخة بحالات فردية أصيبت بالمرض بعمر متقدم
- أسرة مريض الزهايمر: مجموعة مكونة من زوج وزوجة (أو أكثر) وأولادهما أو بعض أفراد هذه المجموعة يقدمون الرعاية لمريض الزهايمر في نفس المسكن حتى يستحق الدعم.
- الأسرة من أفقد 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 ولديها مريض الزهايمر

آلية التسجيل والوصول إلى المستفيدين:

آلية الوصول إلى المستفيدين:

١- استقبال المستفيدين في مقر الجمعية (ميدانياً، هاتفياً، تقنيًا).
٢- استقبال رسائل المستفيدين عن طريق وسائل التواصل الاجتماعي أو البريد الالكتروني
٣- استقبال المستفيدين عن طريق التقديم على استمارة طلب الخدمة من الموقع الالكتروني للجمعية.
٤- استقبال المستفيدين في الحملات التوعوية داخلياً وخارجياً على مدار السنة.
٥- لقاء المستفيدين مع الباحثين والمساندين الاجتماعيين خلال الشراكات مع الجمعيات الأهلية المختلفة ولديها مريض الزهايمر من الأسر المحتاجة.
٦- تزويد الجمعية بأسماء وقوائم أسر المرضى من خلال عقد الشراكات الاستراتيجية مع قطاعات متخصصة تعمل مع الجهات الإشرافية والهيئات وأعضاء الجمعية والقطاعات الصحية والخيرية والاستثمارية وغيرها من الجهات المختلفة.

شروط الاستحقاق:

١. إثبات الإصابة بالمرض أو حالة الخرف بواسطة تقرير طبي معتمد.

2. إثبات الإقامة داخل المملكة، أو وفق الاستثناءات المصرح بها من قبل الجمعية.

٣. أن يكون المتقدم من ذوي الدخل المحدود (أقل من ٦٠٠٠ ريال شهريا) مع توافر حاجة فعلية للدعم المالي أو العيني أو الاجتماعي، أو عدم وجود مصدر دخل كافٍ.

٤. الالتزام بتقديم جميع المستندات الرسمية المطلوبة بشكل كامل وصحيح.

التزامات المستفيدين:

١. تقديم جميع المستندات الرسمية المطلوبة بشكل كامل وصحيح للمريض.

٢. الالتزام بشروط الاستحقاق وعدم التقديم للحصول على دعم مزدوج لنفس الخدمة.

٣. المحافظة على الأجهزة والمستلزمات المنصرفة من الجمعية وعدم التصرف فيها إلا بموافقة الجمعية.

التزامات الجمعية:

١. تقديم الدعم للمستحقين وفق الشروط المحددة.

٢. متابعة وصول الدعم للمستفيدين والتأكد من استيفاء شروط الاستحقاق.

٣. المحافظة على سرية البيانات والمعلومات الشخصية للمستفيدين.

٤. تطوير البرامج والخدمات بناءً على التغذية الراجعة من المستفيدين.

آلية التسجيل والتقديم على خدمات الجمعية:

- **الخطوة الأولى:**

تقديم طلب الخدمة عبر الموقع الإلكتروني أو مقر الجمعية أو الحملات التوعوية ويتم تعبئة (استمارة مقدمي الرعاية) والمدرجة على موقعنا الالكتروني WWW. alz.org.sa بالضغط على استمارات التقديم *مرفق ١

- **الخطوة الثانية:**

مراجعة المستندات والتأكد من استيفاء الشروط **عن طريق التحقق من:**

- التحقق من صحة التقرير الطبي يفيد بأن المريض مصاب بالزهايمر أو فقدان الذاكرة أو الخرف والبيانات الشخصية للمستفيد.
- اعتماد الاستحقاق من قبل فريق خدمات المستفيدين في الجمعية على أن يكون المريض سعودي الجنسية، ويمكن تقديم الدعم العيني لغير السعوديين شريطة موافقة الجمعية المسبقة ضمن شروط (سياسة لائحة التعامل مع المستفيدين)
- صورة من بطاقة الأحوال للمريض سعودي الجنسية أو هوية مقيم بتاريخ محدث من حساب أبشر-شريطة موافقة الجمعية المسبقة ضمن شروط (سياسة لائحة التعامل مع المستفيدين)
- صورة من بطاقة الأحوال لمقدم الرعاية
- كشف حساب للدخل الشهري للمريض (مشهد من الضمان الاجتماعي وتعريف حساب المواطن أو تعريف للمعاش التقاعدي أو تعريف التأمينات الاجتماعية) وكشف حساب الالتزامات البنكية أو غيرها للمريض إن وجد.
- مستندات ثبوتية أخرى (صورة من عقد الايجار الالكتروني بتاريخ محدث، صورة من فاتورة الكهرباء الشهرية، صورة من العنوان الوطني لسكن المريض/ة).

- **الخطوة الثالثة:**

يقوم فريق المساندة والتأهيل الاجتماعي في الجمعية التحقق من صحة البيانات والتواصل مع مقدم الطلب أو عمل زيارات ميدانية لاستكمال البيانات وتعبئة (استمارة التقييم الطبي والاجتماعي) *مرفق ٢

- **الخطوة الرابعة:**

- ترفع (استمارة التقييم الطبي والاجتماعي) بالتوصيات والاحتياجات (تشخيص، علاج، مساعدات عينية، التثقيف والإرشاد..) إلى الادارة التنفيذية
- إشعار المستفيد بقبول الطلب أو رفضه مع توضيح السبب ونوع الدعم المستحق

- **الخطوة الخامسة:**

رفع سند الاستلام وفي حال كان الاحتياج (سرير طبي، أو رافعة كهربائية) يتم توقيع إقرار التعهد بالمحافظة على ممتلكات الجمعية عند توصيلها متضمنًا (اسم المستفيد، نوع الخدمة، التوقيع، تاريخ الاستلام) مع توقيع إقرار الاستلام للخدمة *مرفق ٣

- **الخطوة السادسة:**

التواصل مع الأسرة مباشرة للتحقق من وصول الخدمة للمستفيد (واتساب – رسائل جوال)

- **الخطوة السابعة:**

- متابعة وصول الخدمة والتأكد من استفادة المستفيد بالشكل الصحيح.
- جمع التغذية الراجعة من المستفيدين لتحسين وتطوير الخدمات المستقبلية عن طريق إرسال استمارة التقييم للمستفيدين لقياس مستوى رضى الأسر عن الخدمة *مرفق ٤

سياسة استحقاق الخدمات الأساسية:

هي الخدمات التي تقدمها الجمعية للمستفيدين وفق أنظمة ولوائح الجمعية وآلية ووقت تقديم الخدمة. ويتم تكليف الموارد المالية في سداد الفواتير بعد تغطية المبلغ من بند الزكاة والمعتمد من قبل مجلس الإدارة:

١- خدمة صرف العلاجات والأدوية (برنامج ترياق):

- **إجراءات تقديم الخدمة:**

١- تغطية تكاليف الأدوية الموصوفة بعد إرفاق وصفة طبية حديثة لعلاجات الزهايمر والأمراض المصاحبة والتأكد من عدم توافرها وصرفها من قبل المراكز الحكومية.

٢- التأكد من تسجيل المريض في استمارة التقييم الطبي والاجتماعي واستحقاق الدعم بعد موافقة الإدارة التنفيذية.

٣- استلام الوصفة الطبية للمريض، ولا يتم صرف العلاج بدونها.

٤- ارسال قائمة الأدوية للجهة المختصة لتوفيرها.

٥- تعميد الفواتير وارسالها لقسم المحاسبة شهريا.

٦- تجهيز الأدوية والتنسيق مع مندوب الجمعية للتوصيل داخل المنطقة، أو شحنها عبر البريد السعودية للمرضى خارج المنطقة بعد استلام العنوان الوطني.

٧- توقيع المستلم على سند الاستلام والتحقق من وصول الخدمة.

٨- إرسال استمارة التقييم للمستفيدين لمعرفة التغذية الراجعة ورضا الأسر عن الخدمة للتحسين وتطوير الخدمات المقدمة.

٢- خدمة صرف المستلزمات الصحية والأجهزة الطبية (برنامج نكفلهم لنعينهم):

- **إجراءات تقديم الخدمة:**

١- التأكد من تسجيل المستفيد في استمارة التقييم الطبي والاجتماعي واستحقاق الدعم بعد موافقة الإدارة التنفيذية.

٢- تحديد الاحتياجات وارسالها للموردين أو الشركات لتوفير الأجهزة الطبية والمستلزمات الصحية.

٣- تحديد موعد الاستلام والتأكد من فعالية الأجهزة ومعرفة طريقة الاستخدام من قبل أسر المرضى.

٤- تعميد الفواتير ومراجعتها قبل ارسالها لقسم المحاسبة شهرياً.

٥- تتكفل الشركة المتعاقدة بالتوصيل للمرضى داخل وخارج المنطقة.

٦- توقيع المستلم على سند باستلام الاحتياجات أو توقيع إقرار التعهد بالمحافظة على ممتلكات الجمعية في حال الأجهزة الطبية لإمكانية استخدامها لمستفيد آخر

٧- التحقق من وصول المستلزمات وجودتها من خلال التواصل مع الأسرة.

٨- إرسال استمارة التقييم للمستفيدين لمعرفة التغذية الراجعة ورضا الأسر عن الخدمة للتحسين وتطوير الخدمات المقدمة

٣- خدمة سداد ومعين (فواتير الكهرباء – الايجار):

- **إجراءات تقديم الخدمة:**

١- التأكد من تسجيل المستفيد في استمارة التقييم الطبي والاجتماعي واستحقاق الدعم بعد موافقة الإدارة التنفيذية.

٢- تحديد الاحتياجات من سداد الفواتير وموافقة الإدارة التنفيذية.

٣- تحدد الجمعية مبلغ الدعم الشهري لفواتير الكهرباء بحد لا يتجاوز (١٣٠٠) ريال، وذلك بعد إرفاق الفاتورة باسم المستفيد أو باسم مقدم الرعاية. وفي حال تجاوزت قيمة الفاتورة هذا الحد، يتعين على المستفيد أو مقدم الرعاية تسديد المبلغ المتبقي عبر تحويل بنكي لحساب الجمعية وإرفاق سند الحوالة كإثبات، لتسديد كامل الفاتورة.

٤- وفي حال رفع الفواتير الغير مسددة في وقتها بحيث تصبح أكثر من فاتورة واحدة مستحقة، فإن سدادها يخضع لتقدير الجمعية؛ ويجوز للجمعية إما استثناء المستفيد بسدادها أو تحميله مسؤولية تسديدها

٥- سداد مبلغ الإيجار بشكل نصف سنوي بعد إرسال عقد إيجار إلكتروني محدث والتأكد من صحة البيانات مع مكتب الإيجار، وذلك بحد أعلى (٢٥,٠٠٠) ريال. ويكون الدعم وفق ما يتوفر من موارد الجمعية من مساهمات أو دعم مقدم من أفراد أو جهات مانحة، وأي حالات استثنائية ممن هم دون أدنى مصدر دخل مالي، على أن يتم رفع الدعم للمستفيدين بداية كل سنة ميلادية.

٦- رفع استمارة الصرف الى قسم الموارد المالية للسداد، ويلتزم المستفيد بتزويد الجمعية بسند القبض الصادر من منصة ايجار.

٧- إرسال استمارة التقييم للمستفيدين لمعرفة التغذية الراجعة ورضا الأسر عن الخدمة للتحسين وتطوير الخدمات المقدمة

٤- خدمة البطاقات التموينية:

- **إجراءات تقديم الخدمة:**

١. التأكد من تسجيل المستفيد في استمارة التقييم الطبي والاجتماعي واستحقاق الدعم بعد موافقة الإدارة التنفيذية على احتياج المستفيد للخدمة.
٢. يتم صرف بطاقة تموينية الكترونية بمبلغ لا يتجاوز (٥٠٠ ريال) شهريًا لتأمين الاحتياجات الغذائية الأساسية.
٣. يتم رفع كشف المستفيدين عبر منصة العثيم للتغذية الشهرية واعتماد المبلغ الإجمالي لقسم الموارد المالية.
٤. يتم رفع الفواتير لقسم الموارد المالية للسداد وافادة القسم بإيصالات السداد لإشعار منصة العثيم.
٥. يتم اشعار المستفيد بالتغذية الشهرية للبطاقة عن طريق رسائل نصية من منصة العثيم.
٦. إرسال استمارة التقييم للمستفيدين لمعرفة التغذية الراجعة ورضا الأسر عن الخدمة للتحسين وتطوير الخدمات المقدمة

٥- خدمة التشخيص وخدمات الرعاية المنزلية:

- **إجراءات تقديم الخدمة:**

١. التأكد من تسجيل المستفيد في استمارة التقييم الطبي والاجتماعي واستحقاق الدعم بعد موافقة الإدارة التنفيذية.
٢. في حال طلب خدمة التشخيص يتم إرسال رابط مستشفى "صحة" الافتراضي للمستفيد لتحديد موعد مع مختصين بمرض ألزهايمر وتنسيق موعد افتراضي.
٣. في حال طلب خدمة الرعاية المنزلية يتم بعد استلام التقارير الطبية الحديثة لتحديد حاجة المستفيد للرعاية المنزلية.
٤. التنسيق مع الجهة الطبية أو الشركة المتعاقدة لتقديم الخدمة حسب الخطة العلاجية المعتمدة.
٥. تحديد مواعيد الزيارات المنزلية أو الفحوصات التشخيصية وإبلاغ الأسرة من قبل الشركة المتعاقدة.
٦. زيارة المستفيد في المنزل أو إجراء التشخيص ورفع تقرير دوري للجمعية.
٧. تعميد فواتير الخدمة ومراجعتها قبل إرسالها لقسم المحاسبة شهريًا.
٨. التحقق من وصول الخدمة وجودتها عبر التواصل المباشر مع الأسرة.
٩. إرسال استمارة التقييم للمستفيدين لمعرفة التغذية الراجعة ورضا الأسر عن الخدمة للتحسين وتطوير الخدمات المقدمة

مجالات التعاون والدعم مع المستفيدين:

تقدم الجمعية كافة الخدمات المساندة والتي تشمل التالي:

- مشروع رفقة التكاملي الاجتماعي
- برنامج لمة خير
- برنامج رحلات الخير
- حملة الشهر العالمي لالزهايمر سنويًا
- برنامج رد الجميل
- مشروع الحج والعمرة (لنتم دينهم)
- زكاة
- تبرع عام
- تبرع مشروط
- تبرع خدمي مباشر للمريض
- مساندة استراتيجية محددة الدعم
- رافعه نقل المريض
- صدقة عامة
- دعم اوقاف
- دعم رعاية نهارية
- دعم مؤتمرات وملتقيات علمية
- العيادة الافتراضية
- ترياق الزهايمر
- الرعاية المنزلية
- عيادة التميز

- إيواء مرضى الزهايمر
- كرسي الزهايمر
- سرير العطاء
- رافعة الزهايمر
- نكفلهم لنعينهم
- عون وشفاء
- سداد ومعين
- سلة الزهايمر
- أسوارة تتبع

الاشتراطات والالتزامات:

- يقتصر الانتفاع من هذه الخدمة على السعوديين المقيمين داخل المملكة إقامة دائمة ممن توافرت فيهم الشروط المبينة فيه، واستثناء من شرط الجنسية، يستفيد من أحكام هذا النظام الأسرة دون معيل، وذلك لصلاحية الإقامة الحالية، ويشمل (إعانة المريض بالعلاج والأجهزة الطبية والمستلزمات الصحية/ والتشخيص والبطاقات التموينية وفواتير الكهرباء) دون دفع الإيجار أو توفير رعاية منزلية.
- يشترط لاستحقاق الخدمة استيفاء المتطلبات من الأوراق الثبوتية والرسمية المطلوبة، كما يجوز للجمعية النظر في حالات استثنائية للدعم ممن لا يتوفر لديهم أي مصدر دخل مالي ووفق ما تراه مناسباً.
- يستمر الصرف على المريض وأسرته إلى حين وفاة المريض، ثم تنقل المساعدات إلى مريض آخر وفق التسجيل والأولوية.

المرفقات:

١. استمارة مقدمي الرعاية الالكترونية.
٢. استمارة التقييم الطبي والاجتماعي.
٣. سند استلام الأدوية وإقرار التعهد
٤. استمارة تقييم رضا المستفيدين عن خدمات الجمعية

مرفق ١

استمارة التقديم الالكترونية لمقدمي الرعاية

مقدمي الرعاية

معلومات المريض/ة

اسم المريض/ة الثلاثي

رقم هوية المريض/ة

العمر

40اقل من

الجنس

ذكر

الحالة الإجتماعية

أعزب

عدد الأبناء

عدد العاملين منهم

هل يوجد معاقين لدى الأسرة؟

الجنسية

سعودي

المستوى التعليمي

أمي

وظيفة المريض/ة السابقة

الدخل الشهري للمريض؟

معاش تقاعد

قيمة الدخل

الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

المدينة السكنية

عنوان السكن

نوع السكن

فيلا

ملك

حالة السكن

جيدة

هل تم تشخيص المريض/ة

نعم

* منذ متى تم تشخيص المريض/ة

اقل من سنة

اسم المستشفى

اسم الطبيب المشخص للحالة

مرحلة المرض ؟

مرحلة مبكرة

هل يعاني المريض/ة من أمراض أخرى

اختر الأمراض

أمراض أخرى

اضغط enter بعد كتابة اسم المرض

هل المريض/ة مسجل بالضمان الاجتماعي

نعم

هل توجد ممرضة (أو) عاملة خاصة بالمريض ؟

نعم

مسجلة في المركز الوطني لتنمية القطاع غير الربحي برقم (٤٩١)
National Center for Non-Profit Sector 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
Email : info@alz.org.sa T:+966112443092

الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

هل يوجد تأمين للمريض/ة

نعم

هل يحتاج المريض/ة إلى أجهزة خاصة

نعم

هل يحتاج المريض/ة لأي من الأجهزة التالية

- ☐ كرسي متحرك
- ☐ كرسي دورة مياه
- ☐ سرير كهربائي
- ☐ جهاز تنفس
- ☐ أخرى

الخدمات والاحتياجات المطلوبة:

صورة من الضمان الاجتماعي

اختيار ملف لم يتمّ اختيار أيّ ملف

صورة من بطاقة الأحوال للمريض (اجباري)

اختيار ملف لم يتمّ اختيار أيّ ملف

صورة من بطاقة الأحوال لمقدم الرعاية (اجباري)

اختيار ملف لم يتمّ اختيار أيّ ملف

مسجلة في المركز الوطني لتنمية القطاع غير الربحي برقم (٤٩١)
National Center for Non-Profit Sector 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
Email : info@alz.org.sa T:+966112443092

الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

صورة من التقرير الطبي (اجباري)

اختيار ملف | لم يتمّ اختيار أيّ ملفّ

معلومات مقدم /ة الرعاية

أسم مقدم/ة الرعاية الثلاثي

العمر

أقل من 20

الجنس

ذكر

الحالة الإجتماعية

أعزب

عدد الأبناء

صلة القرابة

ابن/بنت

رقم التواصل هاتف

رقم التواصل جوال

البريد الكتروني

المستوى التعليمي

أمي

الحالة الوظيفية

لا يعمل

الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

الحالة الوظيفية

لا يعمل

الدخل الشهري لمقدم الرعاية

10,000 أقل

هل يقيم مقدم الرعاية مع المريض/ة

نعم

معلومات عن الجمعية وخدماتها

كيف عرفت عن الجمعية

منذ متى وأنت على تواصل مع الجمعية

أقل من سنة

دعم عيني

هل ترغب بالتعاون وتقديم العون للمجتمع بالتعاون مع الجمعية

نعم

☐ **أتعهد بان جميع البيانات المدخلة صحيحة**

ارسال | امسح

الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

مرفق٢

استمارة تقييم طبي واجتماعي

البيانات الأولية:

اسم المريض/ة رباعي			
رقم السجل المدني			
اسم الجهة التي تلقى بها العلاج			
تاريخ الميلاد			
الجنس	☐ ذكر	☐ أنثى	
الجنسية	☐ سعودي	☐ غير سعودي (.....)	
الحالة الاجتماعية	☐ متزوج	☐ أرمل ☐ أعزب ☐ مطلق	
المستوى التعليمي	☐ أمي	☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ دراسات عليا	
المدينة السكنية		الحي	
الدخل الشهري			

الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

بيانات مقدم الرعاية:

اسم مقدم الرعاية		قرابته	
رقم التواصل			
مقر العمل			
المستوى التعليمي	☐ أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐ دراسات عليا		
الدخل الشهري	☐ أكثر من 10.000	☐ أقل من 10.000	

ارفاق صورة من الهوية الوطنية/ الإقامة للمريض/ة:

ارفاق صورة من الهوية الوطنية/ الإقامة لمقدم/ة الرعاية:

التكوين الأسري للمريض/ة:

عدد الأبناء		عدد العاملين منهم	
هل يوجد لدى الأسرة معاقين		العدد	
جنس المعاق	☐ ذكر ☐ أنثى	نوع الإعاقة	

الوضع الاجتماعي للمريض/ة:

طبيعة السكن	☐ شقة	☐ فيلا	☐ منزل شعبي	☐ دور أرضي
نوع السكن	☐ ملك	☐ ايجار	☐ سكن حكومي	☐ مشترك
قيمة الايجار السنوي				
حالة السكن	☐ جيدة	☐ متوسطة	☐ سيئة	

ارفاق اثبات السكن:

الوضع الاقتصادي للمريض/ة:

مصدر الدخل	☐ معاش التقاعد ☐ دعم الضمان الاجتماعي ☐ دعم حساب المواطن ☐ التأمينات الاجتماعية ☐ دعم من الابناء
مصادر أخرى للدخل تذكر	
إجمالي قيمة الدخل	
المصروفات	☐ الايجار السنوي: .....☐ قيمة فاتورة الكهرباء: ..... ☐ قيمة الأقساط الشهرية: ..... ☐ أخرى: .....
إجمالي قيمة المصروفات	

ارفاق اثبات الدخل الشهري للمريض/ة:

وصف الحالة الاجتماعية" مقال الاخصائي":

التوصيات باحتياجات المريض/ة:

☐ أدوية	☐ مستلزمات صحية	☐ سرير طبي	☐ كرسي متحرك
☐ كرسي دورة مياه	☐ جهاز توليد أكسجين	☐ جهاز قياس السكر	☐ جهاز قياس الضغط
☐ جهاز قياس الاكسجين	☐ مرتبة طبية	☐ مرتبة هوائية	☐ أكياس تبول
☐ رافعة كهربائية	☐ جهاز شفط البلغم	☐ طاولة طعام	☐ كريمات تلطيفية
☐ بطائق تموينية	☐ سداد فاتورة الكهرباء	☐ أخرى	

الحالة الصحية للمريض/ة:

الاعراض الادراكية	
المشاكل الوظيفية	
المشاكل السلوكية	
التشخيص الطبي	

اسم الطبيب	
اسم الجهة الطبية	

ارفاق صورة التقرير الطبي:

خاص بإدارة الجمعية:

رأي إدارة الجمعية:

☐ يحتاج الى دعم

☐ لا يحتاج إلى دعم

نوعية الدعم:

☐ أدوية	☐ مستلزمات صحية	☐ سرير طبي	☐ كرسي متحرك
☐ كرسي دورة مياه	☐ جهاز توليد أكسجين	☐ جهاز قياس السكر	☐ جهاز قياس الضغط
☐ جهاز قياس الاكسجين	☐ مرتبة طبية	☐ مرتبة هوائية	☐ أكياس تبول
☐ رافعة كهربائية	☐ جهاز شفط البلغم	☐ طاولة طعام	☐ كريمات تلطيفية
☐ بطائق تموينية	☐ سداد فاتورة الكهرباء	☐ أخرى	

التوصيات:

١- دخل المريضة لا يكفي لتوفير الاحتياجات الصحية والطبية للمريض وأسرته.

٢- صرف المستلزمات الصحية والعلاجات الطبية اللازمة للمريض.

الاسم	التوقيع
الاخصائية الاجتماعية/	
المدير التنفيذي الاستاذة/ رنا المرعي	

مرفق٣

سند استلام الأدوية

اسم المستفيد	نوع الخدمة	التوقيع	تاريخ الاستلام

أتعهد بعدم سوء استخدام العلاج وعدم بيعه وإرجاعه للجمعية في حال الانتهاء منه وهو صالح للاستخدام لتحقيق الاستفادة القصوى لمرضى الزهايمرواستفادة مريض أخر.

الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

إقرار تعهد بالمحافظة على ممتلكات وتبرعات الجمعية

ترحب الجمعية السعودية الخيرية لمرض ألزهايمر بكافة قاعدة البيانات للمرضى الراغبين من الاستفادة من خدمات الجمعية، وتتمنى من الجميع تحقيق استفادة أكبر خدمة لمجتمعنا وللشرائح المستهدفة ضمن معايير الصرف والسياسات المعتمدة، كما تؤكد على الجميع بأهمية مراعاة المحافظة على المعينات والأجهزة الطبية (سرير طبي، كرسي متحرك، كرسي دورة مياه، رافعة المريض، أجهزة قياس الضغط والسكر والاكسجين وغيرها من الأجهزة...) حيث تمثل وقفًا للجمعية.

كما أقر أنا الموقع أدناه: ..... من الجنسية: .....

بموجب الهوية الوطنية/الإقامة رقم: .....

الهاتف: .....البريد الإلكتروني: .....

برغبتي بأن يتم استرجاع المعينات الطبية في حال انتفاء الحاجة لها أو في حال وفاة المريض للجمعية السعودية الخيرية لمرض ألزهايمر، وعدم التصرف بها لأي غرض آخر، لتحقيق الفائدة لأكبر عدد ممكن من المستفيدين، وبموجب تصريح وزارة الموارد البشرية والتنمية الاجتماعية رقم ٤٩١ تاريخ ١٤٣٠/٠٥/٢٢هـ، وعنوانها: مدينة الرياض شارع التحلية مجمع لوكالايزر ص.ب١٤٩١٩ الرمز البريدي ١١٤٣٤، المملكة العربية السعودية.

فإنه بناء على ما سبق لأي إخلال يصدر مني بعدم المحافظة على ممتلكات الجمعية يعرضني للمسألة القانونية والنظامية وبذلك أقر، ،

شاكرين لكم تفهمكم، ،

المُقر بما فيه (اسم مقدم الرعاية) /..... عن المريض (اسم المريض) / .....

التوقيع/..... التاريخ/ .....

LAW FIRM
MOHAMMED ALAQEEL & Co
محمد العقيل وشركاه
للمحاماة
SINCE 2010

الجمعية السعودية
الخيرية لمرض الزهايمر
SAUDI ALZHEIMER'S DISEASE ASSOCIATION

مرفق٤

استمارة تقييم المستفيدين من خدمات الجمعية

صممت هذه الاستمارة بهدف تحسين وتطوير الخدمات الصحية والاجتماعية

أولاً: تقييم مجالات التوعية

البيان	لم يسبق لي طلب الخدمة	ممتاز	جيد جدا	جيد	متوسط	ضعيف
١. الكتيبات/ البروشورات التثقيفية						
٢. المحاضرات وورش العمل والحملات التوعوية						
٣. الرسائل التثقيفية على حساب الجمعية في وسائل التواصل الاجتماعي (@SaudiAlzheimer) ومعلومات الموقع الالكتروني (www.alz.org.sa)						

ثانياً: تقييم برامج المساندة الاجتماعية والنفسية

البيان	لم يسبق لي طلب الخدمة	ممتاز	جيد جدا	جيد	متوسط	ضعيف
١. مجموعة الدعم الذاتي (مجموعة الزهايمر على الواتساب)						
٢. الاستشارات النفسية لمقدمي الرعاية						

ثالثًا: تقييم الخدمات القانونية

البيان	لم يسبق لي طلب الخدمة	ممتاز	جيد جدا	جيد	متوسط	ضعيف

١. الاستعانة ومدى الفائدة من كتيب الإرشادات القانونية						
٢. الاستشارات الهاتفية القانونية						

رابعًا: تقييم برامج الإعانة والدعم

البيان	لم يسبق لي طلب الخدمة	ممتاز	جيد جدا	جيد	متوسط	ضعيف
١. توفير المستلزمات الصحية (نكفلهم لنعينهم)						
٢. توفير أدوية مريض الزهايمر (ترياق الزهايمر)						
٣. توفير الأجهزة الطبية (سرير العطاء – كرسي الزهايمر – رافعة الزهايمر- عون وشفاء)						
٤. تسديد فواتير الكهرباء (سداد ومعين)						
٥. توفير سلال غذائية أو بطاقات تموينية(سلة الزهايمر)						
٦. التشخيص والعلاج من خلال العيادات الافتراضية						
٧. تخصيص زيارات الرعاية الطبية المنزلية للمريض						
٨. مواصلات نقل مرضى الزهايمر إلى المستشفى (رافعة الزهايمر)						

خامسًا : تقييم فريق التأهيل الاجتماعي والصحي

البيان	لم يسبق لي طلب الخدمة	ممتاز	جيد جدا	جيد	متوسط	ضعيف
١. توضيح خدمات الجمعية للمستفيدين						
٢. سهولة التواصل مع الفريق والرد على الاستفسارات العامة						

سادسًا : معلومات عامة

هل تمت الاستفادة من قبلكم من خدمات الجمعية؟			نعم		لا	
كيف سمعت عن الجمعية	بريد الكتروني	رسالة نصية	وسائل تواصل اجتماعي/تويتر – انستقرام – سناب تشات – تيك توك	إعلان صحفي	صديق/قريب / مقدم رعاية	أخرى/ _____
ما هو تقييمك بشكل عام عن الجمعية		☐ ضعيف	☐ متوسط	☐ جيد	☐ جيد جدا	☐ ممتاز
مقترحات وملاحظات عامة			_____			

الاسم (اختياري): .....

رقم التواصل (اختياري): .....

تم اعتماد سياسة تنظيم العلاقة مع المستفيدين في تاريخ ٢٠٢٢/٠٩/٢٩م وتحديثها في محضر اجتماع مجلس الإدارة الحادي عشر بدورته الرابعة قرار رقم (٤٦/٤/١١/١) بتاريخ ٢٠٢٤/٠٩/٣٠ م

مضاوي بنت محمد بن عبدالله بن عبدالرحمن

رئيس مجلس الإدارة