

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التضامن الوطني و الأسرة و قضايا المرأة

الصورة

استمارة المعلومات الشخصية للاستفادة من بطاقة المسن

إطار خاص بالإدارة

- مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن لولاية .....
- رقم التسجيل: ..... تاريخ إيداع الملف: .....

إطار خاص بالشخص المسن

❖ الحالة المدنية:

- الاسم: ..... اللقب: .....
- ابن(ة): ..... و .....
- تاريخ الميلاد: ..... مكان الميلاد: .....
- الجنسية: .....
- بطاقة التعريف رقم: ..... الصادرة عن: ..... في: .....
- رقم الهاتف: .....

❖ مؤهلات المسن(ة):

- متعلم(ة): نعم  لا
- إذا كان الجواب لا هل المسن(ة) مستفيد(ة): من دروس في محو الأمية: نعم  لا
- المستوى الدراسي: ابتدائي  متوسط  ثانوي  جامعي
- شهادات أخرى متحصل عليها: .....
- إذا كان المسن(ة) بدون مستوى دراسي، يرجى تحديد إذا كان:  
➤ يعرف القراءة  و /أو الكتابة

❖ الوضعية العائلية للمسن (ة):

- لديه (ه) روابط أسرية:  بدون روابط أسرية:
- أعزب: نعم  لا
- متزوج (ة): نعم  اسم الزوج(ة): .....
- أرمل (ة): نعم  بتاريخ: .....
- مطلق (ة): نعم  بتاريخ: .....
- عدد الأبناء:
- ذكور:  إناث: .....
- عدد الأبناء العاملين:
- الدخل الشهري:
- يفوق الأجر الوطني الأدنى المضمون
- دون الأجر الوطني الأدنى المضمون

❖ الوضعية الإقامية للمسن (ة) :

- مكان الإقامة: ..... البلدية: ..... الولاية: .....
- العنوان: .....
  - مقيم(ة): بمفرده:  في وسطه العائلي
  - عدد الأشخاص المقيمين معه: .....
  - نوع المسكن: ملكية:  إيجار:  أخرى: .....
  - عدد الغرف:
  - مستفيد(ة) من الغاز الطبيعي: نعم  لا
  - مستفيد (ة) من الكهرباء: نعم  لا

❖ الوضعية الإقامية للمسن(ة) المقيم(ة) بدار الأشخاص المسنين:

- مقيم(ة): بدار الأشخاص المسنين:.....ولاية:.....
- مقيم(ة) دائم بالمركز: نعم  لا
- تاريخ الدخول للمركز:.....
- مستفيد(ة) من الاستقبال النهاري: نعم  لا
- تاريخ الاستفادة: من.....إلى.....
- مستفيد(ة): من الوضع لدى عائلات الاستقبال: نعم  لا
- عدد مرات الاستفادة:
- مستفيد(ة) من ترتيب الوساطة العائلية: نعم  لا
- تاريخ الاستفادة:.....

❖ الوضعية المادية للمسن(ة):

- ✓ عامل(ة):  مؤسسة العمل:.....
- ✓ الدخل الشهري: يفوق مستوى الأجر الوطني الأدنى المضمون
- ✓ دون مستوى الأجر الوطني الأدنى المضمون
- متقاعد(ة):
- ✓ الدخل الشهري: يفوق مستوى الأجر الوطني الأدنى المضمون
- ✓ دون مستوى الأجر الوطني الأدنى المضمون
- مستفيد(ة) من منح: لا  نعم  نوعها:.....تاريخ الاستفادة:.....
- لا يتقاضى(ة) أي دخل:
- ✓ مستفيد(ة) من إعانة الدولة: نعم  نوع الإعانة:..... لا

❖ الوضعية الصحية للمسن(ة):

- بصحة جيدة: نعم  لا
- في وضعية تبعية:  نوع المرض:.....
- من ذوي الاحتياجات الخاصة
- نوع الإعاقة:.....
- رقم بطاقة المعوق:.....
- رقم الضمان الاجتماعي:.....
- مصاب(ة): بأمراض مزمنة: نعم  لا
- إذا كانت الإجابة نعم يرجى ذكر نوعها:.....

❖ هوايات المسن(ة):

• كيف تقضي وقت فراغك:.....

• ما هي الأماكن التي تتردد عليها يوميا:.....

• ما هي احتياجاتك فيما يخص أماكن الراحة:

➤ حمامات معدنية

➤ نادي الانترنت

➤ مساحات خضراء

➤ مقهى

➤ نوادي رياضية

➤ فضاءات أخرى (يرجى تحديدها).....

ملاحظة: أي تغيير في المعطيات المذكورة أعلاه، لابد من تبليغها كتابيا لمديرية النشاط الإجتماعي و التضامن للولاية.

أنا الممضي أسفله السيد(ة) ..... أصرح بشرفي أن المعلومات المذكورة أعلاه صحيحة.

إمضاء المعني