



دولة الإمارات العربية المتحدة  
وزارة الداخلية  
القيادة العامة لشرطة أبوظبي



## إدارة مراكز وزارة الداخلية لتأهيل وتشغيل المعاقين

### استمارة القبول والتسجيل

تاريخ التقديم:

كيف تعرفت على الإدارة؟													
<input type="checkbox"/>	الهاتف	<input type="checkbox"/>	عن طريق صديق	<input type="checkbox"/>	شبكة الانترنت	<input type="checkbox"/>	التلفزيون	<input type="checkbox"/>	الصحف	<input type="checkbox"/>	الإذاعة	<input type="checkbox"/>	مواقع التواصل الاجتماعي
أخرى (اذكرها)													

البيانات الشخصية للمتقدم					
اسم المتقدم			القبيلة		
الجنسية			تاريخ الميلاد		
مكان الميلاد		الجنس		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	
الحالة الاجتماعية		متزوج <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/>		مطلق <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/>	
عنوان المنزل		الإمارة: المنطقة:			
صندوق البريد		ت. المنزل		المتحرك	
البريد الإلكتروني					

بيانات ولي الأمر			
اسم ولي الأمر		صلة القرابة	
عنوان ولي الأمر		تلفون المنزل	
عمل ولي الأمر		عنوان العمل	
ص. ب.		ت. العمل	

بيانات الشهادات العلمية	
المؤهل العلمي وتاريخ الحصول عليه	
الدورات العلمية وتاريخ الحصول عليها	

الحالة الاقتصادية				
		دخل ولي الأمر	مصدر الدخل	
ترتيبك في الأسرة		عدد أفراد الأسرة	مصدر آخر	
<input type="checkbox"/> جيد		<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> ضعيف	مستوى دخل الأسرة
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل تحصل على إعانة من مصدر آخر		هل تحصل على إعانة حكومية
<input type="checkbox"/> إيجار		<input type="checkbox"/> ملك خاص	<input type="checkbox"/> حكومي	نوع السكن
ملاحظات				

البيانات الصحية				
		تاريخ الإعاقة	نوع الإعاقة	
<input type="checkbox"/> إثر مرض	<input type="checkbox"/> إثر حادث	<input type="checkbox"/> بعد الولادة	<input type="checkbox"/> أثناء الولادة	وقت الإعاقة
<input type="checkbox"/> لا		<input type="checkbox"/> نعم	هل المرض المسبب للإعاقة	
أذكرها		<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل تعاني من أمراض
ماهي هذه الأدوية؟		<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل تتناول أدوية
نوع الجهاز		<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل تستخدم أجهزة لإعاقتك؟ (حركية/بصرية)
<input type="checkbox"/> جيد	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> لا يوجد تقبل	تقبل العائلة لإعاقتك	
ملاحظات				

بيانات أخرى				
				هل لديك هوايات معينة (أذكرها)
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل تحتاج لمساعدة لانجاز حاجاتك اليومية الخاصة		هل تمتلك رخصة قيادة
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هل تحتاج لمساعدة لانجاز حاجاتك اليومية الخاصة		هل تمتلك رخصة قيادة

خاص بلجنة التقييم		
<input type="checkbox"/> غير مقبول	<input type="checkbox"/> مقبول	قرار اللجنة النهائي
ملاحظات		

اسم مسجل الطلب: