

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي  
لجنة الخدمات الإجتماعية لجامعة الشهيد حمه لخضر بالوادي

ملف رقم : ..... الخ.إ.ج.و 2021

تاريخ استلام الملف : .....

طلب تعويض عن فحوصات الكشف بالأشعة والتحليل الطبية والتدليك الطبي

اللقب : ..... الإسم : .....  
اللقب الأصلي للمتزوجة : .....  
تاريخ ومكان الميلاد : .....  
العنوان الشخصي : .....  
الوظيفة : .....  
رقم الهاتف : .....  
رقم الحساب البريدي الجاري CCP : .....  
RIP : .....

معلومات خاصة بالمريض :

الموظف (ة) ، الزوج (ة) ، الإبن (ة) ، تحت الكفالة .

الاسم : ..... اللقب : .....  
تاريخ ومكان الإزدياد : .....  
العيادة/المخبر المختار(ة) : .....  
مبلغ الفاتورة : ..... قيمة التعويض : .....

حرر ب : ..... في : .....

إمضاء المعني (ة) :

الوثائق المطلوبة :

الرقم	الوثيقة	الوثيقة المستلمة	المراقبة الأولى	المراقبة الثانية	الملاحظات
1	الاستمارة رقم 12				
2	شهادة عمل حديثة أو قرار الإحالة على التقاعد أو قرار فسخ العقد				
3	شهادة بطالة للزوجة أو				

				المكفولين فوق سن 19 سنة	
				شهادة عدم انتساب إلى الصندوق الوطني للأجراء أو الانتساب لغير الأجير المكفول الذي يفوق سن 19 سنة	4
				شهادة عدم انتساب إلى الصندوق الوطني لغير الأجراء أو الانتساب مع وقف النشاط للمكفول الذي يفوق سن 19 سنة	5
				شهادة عائلية أو شهادة كفالة أو شهادة اكتساب الحقوق مستخرجة من صناديق الضمان الاجتماعي للمكفول الذي يفوق سن 19 سنة	6
				إشهاد بعدم التكفل من صندوق الضمان الاجتماعي	7
				فاتورة بالمواصفات القانونية	8
				شهادة عدم الزواج بالنسبة للبت التي تفوق سن 19 سنة	9
				شهادة المكوث في المستشفى بالنسبة للعمليات الجراحية	10
				صك بريدي مشطوب للمستفيد أو كفيله الشرعي	11

إطار خاص باللجنة :

رقم الملف	تاريخ المعالجة	قرار اللجنة	رقم حوالة الدفع	ملاحظة