

تاسعاً: النماذج

الفهرس

فهرس المستندات		
رقم النموذج	المسمى	م
١	طلب إشتراك مؤمن عليه	.١
٢	طلب إشتراك منشأة أو إخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم	.٢
٣	صحيفة البيانات الأساسية	.٣
٤	بيان بمدد الإشتراك السابقة أو مدى إستحقاق معاش آخر	.٤
٥	نموذج بيانات التغطية التأمينية	.٥
٦	إخطار بإنهاء إشتراك مؤمن عليه	.٦
٧	سجل قيد طلبات حساب المدد المشتراة والأقساط	.٧
٨	طلب حساب مدة ضمن مدة الإشتراك	.٨
٩	إضافة مدة خدمة إعتبارية	.٩
١٠	طلب إعتبار جميع الفروع وحدة واحدة أو أكثر في العلاقة مع الهيئة	.١٠
١١	نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسؤول	.١١
١٢	إخطار تغيير في بيانات المنشأة	.١٢
١٣	إخطار بدمج منشأتين أو أكثر	.١٣
١٤	حافضة إجمالى الإشتراقات و الأقساط	.١٤
١٥	حافضة تجميع الإشتراقات والأقساط المستحقة والمسددة	.١٥
١٦	إقرار المدير المالى عن سنة مالية	.١٦
١٧	نموذج سجل قيد أجور العاملين بالقطاع الخاص	.١٧
١٨	استمارة تحصيل الأقساط الخاصة عن شهر	.١٨
١٩	إقرار بالرغبة في الإشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل (المؤمن عليه)	.١٩
١٩ مكرر	إقرار بالرغبة في الإشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل (للمستحقين)	.٢٠
٢٠	طلب صرف مستحقات تأمينية	.٢١
٢١	طلب الاشتراك في نظام المعاش الإضافى	.٢٢
٢٢	إخطار وقوع إصابة عمل	.٢٣
٢٣	إخطار عن وقوع إصابة عمل خارج البلاد	.٢٤

٢٤	إخطار وقوع إصابة عمل ناتجة عن الإجهاد	٢٥
٢٥	طلب تحكيم طبي	٢٦
٢٦	طلب صرف تعويض بطالة	٢٧
٢٧	بطاقة صرف تعويض بطالة	٢٨
٢٨	طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين	٢٩
٢٩	طلب صرف الحقوق التأمينية للإخوة والأخوات	٣٠
٣٠	طلب صرف المعاش لحالات الاستحقاق بعد وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش	٣١
٣١	طلب صرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال في حالة الإصابة / المرض	٣٢
٣٢	طلب صرف منحة زواج أو قطع	٣٣
٣٣	إخطار ربط المعاش بصفة نهائية	٣٤
٣٤	إخطار المستفيدين بالحقوق التأمينية بصفة نهائية	٣٥
٣٥	نموذج تسجيل حالات المعاشات الخاصة على أنظمة الحاسب الآلي	٣٦
٣٦	إقرار بحدوث تغيير في شروط إستحقاق المعاش	٣٧
٣٧	طلب صرف المعاش بالتوكيل	٣٨
٣٨	إقرار باستمرار التوكيل	٣٩
٣٩	بيان بالعاملين في عملية المقاوله	٤٠
٤٠	طلب إشترك مؤمن عليه من أصحاب الأجور الحكومية	٤١
٤١	بيان بالعمالة المؤمن عليها بالمنشأة	٤٢
٤٢	إخطار عن عملية مقاوله	٤٣
٤٣	شهادة تأمين عمال نقل بري	٤٤
٤٤	طلب إنهاء إشترك سيارة	٤٥
٤٥	شهادة بسداد إشترابات التأمين الاجتماعي	٤٦
٤٦	طلب بيان عن حالة تأمينية	٤٧
٤٧	طلب تسجيل رقم تأميني	٤٨
٤٨	طلب تعديل عنوان / رقم تليفون صاحب معاش أو مستفيد	٤٩
٤٩	طلب تعديل جهة صرف المعاش	٥٠
٥٠	طلب إعادة صرف المعاش الموقوف	٥١
٥١	طلب تغيير القائم بصرف المعاش	٥٢

٥٢	إقرار بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة أو (الحصول/عدم الحصول) علي معاش آخر	٥٣.
٥٣	إقرار بعدم زواج البنت أو الأخت منذ الطلاق أو الترميل وحتى تاريخ تقديم طلب الصرف	٥٤.
٥٤	إقرار بعدم الحصول علي أي دخول أخري بخلاف المدونة بالنموذج رقم (٢٩)	٥٥.
٥٥	طلب مراجعة حساب الحقوق التأمينية	٥٦.
٥٦	طلب صرف مبالغ مستحقة	٥٧.
٥٧	نموذج استخراج البطاقة العلاجية	٥٨.
٥٨	طلب تحويل للكشف الطبي لإثبات حالة العجز (مرضى / إصابى)	٥٩.
٥٩	طلب العرض على اللجنة الخماسية	٦٠.
٦٠	طلب صرف تعويض الأجر (إصابى / مرضى) السابق صرفه نيابة عن الهيئة	٦١.
٦١	طلب تخفيض إشتراكات التأمين الإجتماعى (إصابى / مرضى)	٦٢.
٦٢	طلب التظلم من قرار لجنة الإجهاد والإرهاق من العمل	٦٣.
٦٣	طلب صرف إعانة عجز	٦٤.
٦٤	طلب إعادة النظر من قرار لجنة العجز على صرف إعانة العجز	٦٥.
٦٥	طلب العرض على لجنة فحص المنازعات (الأبن / الأخ العاجز)	٦٦.
٦٦	طلب إعتراض على النسبة المقدرة من عملية مقالة	٦٧.
٦٧	طلب إعتراض على قرار اللجنة الفنية للمقاولات (فحص المنازعات)	٦٨.
٦٨	طلب العرض على لجنة فحص المنازعات	٦٩.
٦٩	طلب الترخيص بإنشاء جهاز تأمين إجتماعى	٧٠.
٧٠	طلب التصالح في قيمة الجنحة	٧١.
٧١	طلب رفع الحجز الإدارى	٧٢.
٧٢	طلب تعديل فئة دخل إشتراك لصاحب عمل	٧٣.
٧٣	طلب تقسيط مبالغ مستحقة	٧٤.
٧٤	طلب أداء القيمة الحالية للأقساط	٧٥.
٧٥	طلب تعديل بيانات المؤمن عليه	٧٦.
٧٦	طلب إنتهاء اشتراك منشأة	٧٧.
٧٧	طلب عرض على لجنة بحث اعتراضات أصحاب الأعمال	٧٨.
٧٨	طلب استرداد / تحويل الرصيد الدائن / تسوية بالخصم على حساب منشأة	٧٩.

النماذج

77

إرشادات

١. على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذا النموذج من أصل وصورتين بالنسبة لكل من العاملين لديه مع طلب اشتراكه في الهيئة لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان التحاقاً نهائياً أو تحت الاختبار.
٢. يرفق بالنموذج لدى اشتراك المؤمن عليه لأول مرة بالهيئة صورة شهادة الميلاد المميكنة وصورة بطاقة الرقم القومي أو صورة جواز السفر يتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص.
٣. التوقيع على هذا النموذج بما يفيد الاطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة به ولا يجوز لممن وقع عليه أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.
٤. يستخدم هذا النموذج كطلب اشتراك في تأمين إصابات العمل فقط بالنسبة للفئات التالية:
 - (أ) من تجاوز سن الشيخوخة وأوقف انتفاعه بتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة.
 - (ب) العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة.
 - (ج) العاملون المتدرجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفي والخدمة العامة، ويشترط اعتماد النموذج المحرر لهم من المدير المسئول بالهيئة التي تشرف على التلمذة الصناعية، والتدريب مع ختمها بخاتم هذه الجهة مع إرفاق نسخة من عقد عمل المتدرب أو المستند المثبت لنوع العمل في جميع هذه الحالات.
 - (د) يقتصر استيفاء الأجر على الفئات التي يتقاضى فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل.

إقرار

اسم المنشأة: رقمها التأميني:
العنوان:

أقر أنا الموقع على هذا النموذج بالالتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية وقت توقيع الكشف الطبي مع الالتزام بموافاة مكتب الهيئة التابع له المنشأة بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة عن حالته الصحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ التحاقه بالعمل تطبيقاً لأحكام قانون العمل.

توقيع (صاحب العمل / المدير المسئول)

()

أقر أنا العامل بالمنشأة عالياً بأن أثبت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو الجهة الطبية المختصة وموافاة مكتب الهيئة التابع له المنشأة... بالتقرير الطبي عن حالتي الصحية خلال أسبوعين من تاريخ التحاقني بالعمل وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي ليس عليها أدنى التزام قانوني بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

()



رقم المنشأة:

--	--	--	--	--	--	--	--

طلب اشتراك منشأة

أو إخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم في ٢٠ / /

اسم المنشأة ----- المالك / المدير المسئول ----- الشكل القانوني للمنشأة -----

عنوان المنشأة: رقم العقار ----- اسم الشارع ----- الشياخة / القرية ----- القسم / المركز ----- المحافظة -----

نسبة تأمين المرض ----- تاريخ بدء النسبة ٢٠ / / نسبة تأمين الإصابة ----- تاريخ بدء النسبة ٢٠ / /

تاريخ التوقف / الاستمرار ٢٠ / / سبب التوقف / ----- بدء النشاط ----- رقم التسجيل الضريبي للمنشأة --- / --- /

الرقم التأميني		اسم المؤمن عليه		الرقم القومي		تاريخ الالتحاق			أجر الاشتراك		الأجر الشامل	
						يوم	شهر	سنة			قرش	جنيه

أقر أنا ----- بصفتي ----- بأن إجمالي أعداد المؤمن عليهم ----- عاملاً.

وأن أجور الشهر الحالي ----- قرش ----- جنيه ----- وأن جميع البيانات الواردة بهذا النموذج وملحقاته صحيحة (الأجر الشامل لحساب اشتراكات التأمين الصحي الشامل).

توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول ----- روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحة.

مستلم النموذج / ----- تمت مطابقة التوقيع بمعرفتي / -----

أخصائي الاشتراك / ----- سجل ألياً / ----- روجع ألياً / -----

(أنظر خلفه)

تحريراً في: ٢٠ / /

إرشادات

(١) يحرر هذا النموذج من أصل وصورتين ويقدم إلى مكتب الهيئة المختص خلال أسبوعين من تاريخ بدء النشاط متضمنة بيانات جميع العاملين

بما فيهم المتدرجين والتلاميذ الصناعيين والطلاب المشتغلين في مشروعات التشغيل الصيفي.

(٢) يقدم هذا النموذج في المواعيد التالية:

▪ منشآت القطاع الخاص: يناير من كل عام.

▪ كما يقدم في أي تاريخ خلال العام يصدر فيه قانون أو قرار بتعديل الأجور.

(٣) يجوز لأصحاب الأعمال تقديم هذا النموذج إلكترونياً وفقاً للقواعد التي تحددها الهيئة.



صحيفة البيانات الأساسية

أولاً: البيانات الأساسية:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني:

اسم المؤمن عليه:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ الميلاد

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم المنشأة:

صاحب العمل الأخير

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ بدء الاشتراك لدى صاحب العمل الأخير

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ إنهاء الاشتراك لدى صاحب العمل الأخير

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ بدء الاشتراك في نظام الادخار

ثانياً: بيانات مدد الاشتراك عن المدد السابقة على أحكام قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩:

م	بيان المدة	أساسي									متغير									مكافأة									
		من			إلى			المدة			من			إلى			المدة			من			إلى			المدة			
		يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة				

ثالثاً: بيانات مدد الاشتراك عن مدة قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩:

م	بيان المدة	مدة الاشتراك في تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة									مكافأة						المعاش الإضافي											
		من			إلى			المدة			من			إلى			المدة			من			إلى			المدة		
		يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة	يوم	شهر	سنة

رابعاً: بيانات تدرج الأجر والأقساط:

أ. تدرج الأجر الأساسي عن المدد السابقة :

القيمة			التاريخ			القيمة		التاريخ		
قرش	جنيه		يوم	شهر	سنة	قرش	جنيه	يوم	شهر	سنة

ب. تدرج الأجر المتغير عن المدد السابقة :

القيمة		التاريخ			القيمة		التاريخ		
قرش	جنيه	يوم	شهر	سنة	قرش	جنيه	يوم	شهر	سنة

جـ . تدرج أجر أو دخل الاشتراك عن مدة القانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩ :

القيمة			التاريخ			القيمة			التاريخ			قيمة الأجر أو الدخل الزائد عن الحد الأقصى		القيمة		
قرش	جنيه	يوم	شهر	سنة	قرش	جنيه	يوم	شهر	سنة	قرش	جنيه	يوم	شهر	سنة	قرش	جنيه

د . بيانات الأقساط:

م	نوع القسط		تاريخ بداية القسط		قيمة القسط		قيمة الرصيد		طريقة التقسيط		ملاحظات
	كود	مسمي	شهر	سنة	ق	ج	ق	ج	كود	مسمي	
١											
٢											
٣											
٤											
٥											

بيان	الموظف المختص	رئيس القسم	المراجع	المدير
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

**بيان بمدد الاشتراك السابقة
أو مدى استحقاق معاش آخر**

السيد/.....

تحية طيبة وبعد،،،

برجاء التنبيه باتخاذ الإجراءات اللازمة لضم مدة الاشتراك السابقة في التأمين الاجتماعي إلى ملف التأمين الاجتماعي لديكم وبيان المدة كما يلي:

م	اسم جهة العمل	رقم المنشأة	المدة			بيان بالأقساط المستحقة						
			من			إلى		قيمة القسط	نوعه	الرصيد المستحق		
			يوم	شهر	سنة	يوم	شهر				سنة	قرش	جنيه
١												
٢												
٣												
٤												
٥												

واحيط علم سيادتكم أنني أحصل على معاش برقم

وتفضلوا بقبول فائق التحية والاحترام،،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم...

الاسم:

التوقيع:

الرقم القومي:

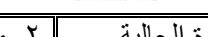
الرقم التأميني:

رقم التليفون:

(أنظر خلفه)

إرشادات

١. يقدم هذا النموذج عند الالتحاق بأي عمل وتوجد مدة اشتراك في التأمين الاجتماعي سابقة على مدة العمل الأخير وكذلك عند الحصول على معاش من الهيئة أو أي جهة أخرى غير النقابات.
٢. في حالة استحقاق أقساط على المؤمن عليه تتخذ الإجراءات اللازمة لخصم هذه الأقساط من أجر المؤمن عليه وتسدد دورياً مع الاشتراكات إلى الهيئة.
٣. في حالة وجود مدة سابقة يتم إرسال خطاب للجهة المختصة للحصول على الملف التأميني عن المدة السابقة وضمها لملف التأمين الاجتماعي.
٤. في حالة الحصول على معاش يتم إبلاغ الهيئة ببداية الالتحاق بالعمل.

[illegible]

[illegible]

إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه

مسمى :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم المنشأة :
رقم التسجيل الضريبي للمنشأة / --- / ----

بيانات المؤمن عليه

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي :

الاسم :

--

سبب انتهاء الاشتراك

--	--	--	--	--

--	--	--

--	--	--

تاريخ انتهاء الاشتراك

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم:

--	--	--	--

 شارع/حارة

--	--

محافظة

--	--

قسم/ مركز

--	--

شياخة/ قرية

رقم المحمول أو التليفون الأرضي :

البريد الإلكتروني :

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

أقر أن البيانات بعاليه صحيحة وأن المؤمن عليه تسلم صورة من هذا الإخطار.

توقيع المؤمن عليه / / ٢٠ توقيع المدير المسئول / / ٢٠.

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي/

إقرار المدير المسئول في حالة وجود نزاع

أقر أن البيانات بعاليه صحيحة وانني أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موصى عليه بعلم

الوصول برقم بتاريخ / / ٢٠.

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي

/ / ٢٠

توقيع المدير المسئول

خاتم

البيان	مستلم الإخطار	المراجع	مسجل آلي	مراجع آلي
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة: يلزم التأكد من توقيع كل من العامل وصاحب العمل على الإقرار الموضح خلف النموذج.

(أنظر خلفه)

إرشادات

١- يحرر هذا النموذج من أصل وصورتين يرسل الأصل لمكتب الهيئة المختص خلال أسبوع من تاريخ تحقق إحدى الوقائع الآتية:

أ- انتهاء خدمة المؤمن عليه.

ب- انتهاء مدة التلمذة الصناعية أو التدرج.

ج- انتهاء العمل بالمشروع الصيفي للطلبة.

ويحتفظ صاحب العمل بصورة وتسلم صورة للعامل بعد توقيعه أو ترسل لـ.....ه بخطاب مسجل بعلم الوصول خلال ٢٤ ساعة من إرسالها لمكتب الهيئة المختص في حالة رفضه التوقيع.

٢- في حالة إخلال صاحب العمل بالإخطار في الموعد المشار إليه بالنسبة للمؤمن عليهم في البند (أ) من رقم (١) يلتزم بأداء مبلغ إضافي يقدر بنسبة (٢٠ %) من قيمة الاشتراك المستحق عن الشهر الأخير وذلك عن كل شهر تأخير عن المدة من تاريخ انتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسال النموذج لمكتب الهيئة المختص وفي حساب مدة التأخير يحذف كسر الشهر.

إقرار

اسم المنشأة: رقمها التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

العنوان:
اسم المؤمن عليه: رقمه التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

أقر أنا الموقع أدناه بأنني قد قمت بسحب البطاقة العلاجية من المؤمن عليه وتم تسليمها لفرع الهيئة المعنية بالتأمين الصحي وفي حالة ظهور ما يخالف ذلك أكون مسؤولاً بالتضامن مع العامل في مواجهة الهيئة المعنية بالتأمين الصحي عن كافة مصاريف العلاج والرعاية الطبية تعويضاً عن الانتفاع بدون وجه حق بمزايا العلاج والرعاية الطبية بعد انتهاء الخدمة.

توقيع المؤمن عليه

توقيع صاحب العمل

()

()

أقر أنا الموقع أدناه بأن المؤمن عليه محل هذا النموذج قد رفض تسليم البطاقة العلاجية وقمت بإخطار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي ببيانات المؤمن عليه لإيقاف التعامل معه.

توقيع صاحب العمل

()

نمونه رقم (٧)

سجل قيد طلبات حساب المـدد المشتراة والأقساط

[illegible]



طلب حساب مدة ضمن مدة الاشتراك

اسم المؤمن عليه: الرقم التأميني:

الرقم القومي:

اسم المنشأة: رقم المنشأة:

تاريخ الميلاد:

تاريخ تقديم الطلب:

أجر / دخل حساب المدة: معامل السن من جدول (٣) المرفق بالقانون:

إلى	من	عدد السنوات المراد حسابها:
٢٠	٢٠	

أجر / دخل حساب المدة	×	عدد السنوات	×	معامل السن من جدول (٣)	= تكلفة الشراء دفعة واحدة
	×		×		=

مدة التقسيط (٥ سنوات - ١٠ سنوات - ١٥ سنوات) :

قيمة القسط الشهري	أجر حساب المدة	×	عدد السنوات	×	معامل السن من جدول (٤)
		×		×	

إقرار المؤمن عليه برغبته في الاشتراك:

أقر أنا / ----- بالإشتراك عن مدة () سنة فقط ----- عن مدتي وذلك عن متوسط الأجر / الدخل () بتكلفة ----- بقسط ----- شهرياً.

توقيع المؤمن عليه

.....

إقرار صاحب العمل بخصم القسط:

تم التأشير بسجلات الأجور بقيمة القسط الشهري المستحق بواقع ----- فقط وقدره ----- ونتعهد باستقطاعه اعتباراً من الأجر المستحق عن شهر سنة وتوريده للمكتب المختص بالهيئة مع مسؤوليتي الكاملة عن الوفاء بذلك.

توقيع صاحب العمل

.....

إقرار رئيس قسم التأمين الاجتماعي بصحة البيانات	توقيع مدير عام شئون العاملين أو المدير المسئول	خاتم شعار الجمهورية أو توقيع صاحب العمل للقطاع العام والخاص	إقرار المفتش أو الموظف المختص بصحة البيانات	اعتماد المختص بالهيئة بصحة البيانات	خاتم الهيئة
الاسم / التوقيع / التاريخ /	الاسم / التوقيع / التاريخ /		الاسم / التوقيع / التاريخ /	الاسم / التوقيع / التاريخ /	

(أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- على الجهة التي قدم لها الطلب أن تقوم بقاء الطلبات في السجل المعد لذلك ومراجعة بيانات الطلب من واقع ملف التأمين الاجتماعي الخاص بالمؤمن عليه وتقديم الطلب للمكتب المختص لمراجعته.
- ٢- إرسال الأصل والصورتين إلى مكتب الهيئة المختص للمراجعة والاحتفاظ بالصورة الأخرى.
- ٣- على مكتب الهيئة مراجعة النموذج وتسجيله في السجل المعد لهذا الغرض والاحتفاظ بصورة وإرجاع الأصل وصورة لصاحب العمل لحفظ الأصل في ملف التأمين الاجتماعي وتسليم الصورة الأخرى للمؤمن عليه.
- ٤- إذا كان صاحب العمل قطاع خاص ولا يوجد به جهاز تأمين اجتماعي يحفظ أصل الطلب بملفه التأميني بمكتب الهيئة المختص ويوافي صاحب العمل بصورة من النموذج، لتسليمها للمؤمن عليه.
- ٥- على صاحب العمل في حالة السداد بالتقسيط أن يقتطع من أجر المؤمن عليه قيمة القسط ويوردها مع الاشتراكات الشهرية للهيئة لمكتب الهيئة المختص.
- ٦- يقصد بأجر حساب المدة: متوسط الأجر أو الدخول عن مدة الاشتراك الخاضعة لأحكام القانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩ حتى نهاية الشهر السابق على تاريخ تقديم طلب حساب المدة السابقة.
- ٧- تجبر قيمة التكلفة دفعة واحدة أو قيمة القسط الشهري إلى أقرب جنيه.
- ٨- يشترط لحساب المدة توافر الشروط الآتية:
 - أ- أن تكون المدة تالية لسن بداية الخضوع لأحكام القانون.
 - ب- أن تكون سنوات كاملة.
 - ج- أن تكون سابقة على مدة الاشتراك الأخيرة وغير خاضعة لأحكام القانون.
- ٩- تقدر تكلفه حساب هذه المدة وفقاً للجدول رقم (٣) المرافق للقانون وتؤدي إما دفعة واحدة خلال سنة من تاريخ طلب حسابها أو الاشتراك عنها بما لا يجاوز تاريخ انتهاء الخدمة، أو أدائها بالتقسيط وفقاً للجدول رقم (٤) المرافق للقانون وفي حساب السن تعتبر كسور السنة سنة كاملة.
- ١٠- في جميع الأحوال لا يجوز لأي سبب من الأسباب العدول عن طلب حساب المدة.
- ١١- يجوز للمؤمن عليه أن يطلب في أي وقت طلب أداء القيمة الحالية للأقساط المتبقية، وتحسب القيمة الحالية وفقاً للجدول الذي يصدر به قرار من رئيس الهيئة ويوقف تحصيل الأقساط اعتباراً من أول الشهر التالي لتاريخ أداء المبلغ المشار إليه.
- ١٢- يعتبر توقيع المؤمن عليه على النموذج إقراراً منه بالرغبة في الاشتراك وفقاً للبيانات الواردة به.
- ١٣- يعتبر توقيع صاحب العمل على هذا النموذج إقراراً منه بخصم القسط ومتابعة السداد وفقاً لما ورد بالنموذج، مع الالتزام بكافة أحكام القانون في ذلك.



إضافة مدة خدمة إعتبارية في حساب المعاش أو تعويض الدفعة الواحدة للعمل في بعض المحافظات

أولاً: بيانات أساسية:

اسم المؤمن عليه: تاريخ الميلاد: / / ٢٠

الرقم التأميني: الرقم القومي:

المحافظة أو المحافظات التي عمل بها:

م	المحافظة	بداية المدة	نهاية المدة	صافي المدة
١		/ /	/ /	/ /
٢		/ /	/ /	/ /
٣		/ /	/ /	/ /

ثانياً: تقدير أعباء المدة الاعتبارية:

تقدر تكلفة المدة الاعتبارية التي تلتزم بها وحدات القطاع العام الاقتصادية في بعض المحافظات والمناطق النائية عن المدة السابقة على ٢٠٢٠/١/١ بواقع القيمة الرأسمالية للمعاش وفقاً للجدول رقم (٣) المرفق باللائحة التنفيذية.

في حالة انتهاء الخدمة مع استحقاق معاش	في حالة انتهاء الخدمة مع استحقاق صرف تعويض الدفعة الواحدة	في حالة انتهاء الخدمة مع عدم استحقاق الصرف
المدة الإعتبارية : سابقة : حالية : قيمة المعاش : سابق : حالي : القيمة الرأسمالية : قيمة المعاش = + = القيمة الرأسمالية : تسدد بأمر الدفع رقم بتاريخ / / بمبلغ على بنك فرع	المدة الإعتبارية : سابقة : حالية : قيمة التعويض : سابق : حالي : تسدد بأمر الدفع رقم بتاريخ / / بمبلغ على بنك فرع	المدة الإعتبارية : سابقة : حالية : استحقاق الصرف

تحريراً في / /

مدير التأمينات الاجتماعية

مراجع التأمينات الاجتماعية

أخصائي التأمينات الاجتماعية

طلب اعتبار جميع الفروع وحدة واحدة أو أكثر في العلاقة

مع الهيئة

السيد / رئيس مجلس إدارة الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي
نائب رئيس

تحية طيبة وبعد ،،،

برجاء اعتبار الفروع المبينة أدناه كفرع واحد في مجال العلاقة مع الهيئة.

رقم المنشأة: اسم المنشأة:

عنوان المركز الرئيسي:

نوع النشاط:

رقم التسجيل الضريبي للمنشأة --- / --- / -----

المنشآت المطلوب توحيد التعامل لها:

م	رقم المنشأة	اسم المنشأة	العنوان	عدد العاملين	اسم المكتب التأميني الحالي

يشترط لموافقة الهيئة على طلب المنشأة بتوحيد التعامل لها ما يلي:

- ١- أن يكون للمنشأة أكثر من فرع.
- ٢- أن تكون طبيعة عمل العاملين بالفروع تتصف بالتنقل بين الأفرع المختلفة ومرتبطة بأعمال المركز الرئيسي.
- ٣- أن تكون المنشأة منتظمة في سداد اشتراكات التأمين الاجتماعي وألا يكون هناك تهرب تأميني سواء جزئي أو كلي.
- ٤- لا يجوز توحيد التعامل بالنسبة للمنشأة التي يوجد لفروعها وحدات حسابية منفصلة.
- ٥- يتم دراسة الطلب بالإدارة المختصة بعد إجراء تحريات مكتب الهيئة.

تحريراً في: / / ٢٠

توقيع صاحب العمل:

الرقم القومي:

العنوان:

رقم التليفون:



نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول

رقم المنشأة اسم صاحب العمل أو المدير المسئول نوع النشاط: رقم التسجيل الضريبي للمنشأة / --- / --- / ----				اسم المنشأة: عنوان المنشأة: الشكل القانوني:	
التوقيع	الصفة	اسم من له الحق في التوقيع	التوقيع	الصفة	اسم من له الحق في التوقيع
		٣-			١-
		٤-			٢-

تحريراً في: ٢٠ / /

رئيس الاشتراكات

أخصائي بدء الاشتراك

توقيع صاحب العمل

(أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- يحرر هذا النموذج من ثلاث نسخ من صاحب العمل أو الأشخاص المسؤولين عن تحرير المكاتبات أو استيفاء البيانات أو النماذج التي تقدم لمكتب الهيئة المختص معتمداً بخاتم المنشأة على أن يتم التوقيع بالنسبة لأصحاب الأعمال بالقطاع الخاص أمام موظف الهيئة الذي يؤشر بما يفيد أن التوقيع قد تم أمامه.
- ٢- بالنسبة لمن لا يوقعون بامضائهم من أصحاب الأعمال أو الأشخاص المسؤولين لديهم فيتعين عليهم إعداد أختام خاصة يختمون بها نموذج التوقيع في المكان المعد لهذا الغرض مع أخذ بصمة الإبهام الأيمن لصاحب العمل أو المسؤول لديه أمام موظف الهيئة الذي يؤشر بما يفيد بأن بصمته الخاتم والإبهام الأيمن قد تمت أمامه.
- ٣- يلتزم صاحب العمل دائماً بكل ما يترتب على توقيع هؤلاء المسؤولين على المحررات والمكاتبات والنماذج الخاصة بتنفيذ أحكام القانون.



إخطار تغيير في بيانات المنشأة

السيد / مدير مكتب

تحية طيبة وبعد ،،،

أتشرف بالإحاطة أنه اعتباراً من / / قد تم حدوث تغيير في بيانات المنشأة والتغيير كالتالي :

نوع التغيير: ١ ☐ تغيير عنوان المنشأة ☐ ٢ ☐ تغيير الكيان القانوني للمنشأة ☐ ٣ ☐ تخارج شريك ☐
٤ ☐ تغيير المدير المسؤول ☐ ٥ ☐ فتح فرع جديد ☐

٦ ☐ أخرى: ☐ (مسمى التغيير):

البيان قبل التغيير	البيان بعد التغيير	المستندات الخاصة بالتغيير

تقر شركة / مؤسسة : بصحة ما ورد بهذا الإخطار
والمستندات المرفقة به.

تحريراً في : / / ٢٠
اسم صاحب العمل:-----
رقم المنشأة:-----
رقم التسجيل الضريبي للمنشأة ----- / ----- / -----
توقيع صاحب العمل:-----

ملحوظة:

يتعين أن يكون الإخطار خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ وقوع أي تغيير في البيانات أو المستندات المقدمة.

إخطار بدمج منشأتين أو أكثر

اسم المنشأة الدامجة: _____ رقم المنشأة: _____
اسم المنشأة المندمجة: _____ رقم المنشأة: _____
عنوان المنشأة الدامجة: _____ نوع النشاط: _____
عنوان المنشأة المندمجة: _____ نوع النشاط: _____
رقم السجل التجاري: _____ مستند بدء النشاط: _____
مستند الإدماج (قرار الإدماج): _____ عدد العاملين: _____
رقم التسجيل الضريبي للمنشأة الدامجة: ----- / --- / --- رقم التسجيل الضريبي للمنشأة المندمجة: --- / --- / ---

الأجور والاشتراكات في تاريخ الاندماج:

نوع التأمين	إجمالي الأجور	اشتراكات صاحب العمل	اشتراكات المؤمن عليهم	إجمالي الاشتراكات
شيخوخة وعجز ووفاة				
إصابات العمل				
المرض				
البطالة				
المكافأة				
المعاش الإضافي				

الأقساط والمبالغ الأخرى المستحقة:

نوع الأقساط	القيمة الإجمالية للأقساط
أقساط حساب مدة وفقاً للمادة (٢٠) من القانون (شراء مدة)	
أقساط عن مدد الإعارة الخارجية أو الإجازة الخاصة للعمل بالخارج	
أقساط عن مدد الإجازة الخاصة لغير العمل	
أقساط عن مدد الإجازة الدراسية	
أقساط أخرى	
مبالغ مستحقة للهيئة	
الإجمالي	

تحريراً في : ٢٠ / / _____ اسم صاحب العمل: _____
توقيع صاحب العمل: _____

(أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- يتم الاحتفاظ برقم المنشأة الدامجة بعد الاندماج كرقم للمنشأتين المندمجتين.
- ٢- يحرر هذا الإخطار من أصل + صورتين لكل من المنشأة الدامجة والمندمجة.
- ٣- تعتبر المنشأة الدامجة ضامن لمستحقات الهيئة طبقا للمادة ٣٨ من القانون.
- ٤- يقدم النموذج رقم (٢) الخاصة بالعاملين بالمنشأة.
- ٥- يقدم هذا الإخطار في موعد غايته أسبوعين من تاريخ صدور قرار السلطة المختصة بالاندماج على أن يرفق به صورتين طبق الأصل من هذا القرار.
- ٦- ترفق صورة من نماذج التوقيع للمنشأة الجديدة.

حافطة إجمالي الاشتراكات وأقساط

سداد اشتراكات وأقساط التأمين الاجتماعي عن شهر لسنة ٢٠٢

اسم المنشأة	رقم المنشأة	كود الوحدة الحسابية	شهر الاستحقاق
			سنة
			شهر

بيان	القيمة بالجنيه	ملاحظات
إجمالي الأجور		
إجمالي أجور رعاية الطفل		
إجمالي أجور الإجازات الداخلية والبعثات العلمية		
إجمالي أجور الإجازات الدراسية بدون أجر		
إجمالي أجور الخاضعين لإصابات العمل فقط		
إجمالي أجور تأمين المرض		
إجمالي الأجور المستقطع على أساسها الاشتراكات.		
إجمالي أجور المعاش الإضافي		

• إجمالي عدد العاملين بالمنشأة ----- دائم ----- مؤقت -----

بيان الاشتراكات المستحقة	الاشتراك	مقاصة الاشتراك	إجمالي مستحق
	قرش	جنية	قرش
	جنية	قرش	جنية
اشتراك المؤمن عليه ٩٪			
حصة صاحب العمل ١٢٪			
اشتراك مؤمن عليه (مكافأة) ١٪			
حصة صاحب العمل (مكافأة) ١٪			
حصة الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي في إصابة العمل (٠,٥٪ أو ٠,٢٥٪)			
حصة الهيئة العامة للتأمين الصحي في إصابة العمل ١٪			
اشتراك المؤمن عليه في تأمين المرض ١٪			
حصة صاحب العمل في تأمين المرض ٣٪			
تأمين البطالة ١٪			
المعاش الإضافي ١٠٪			
أقساط مدة اشتراك			
أقساط الإجازة الخاصة			
أقساط الاعارة			
أقساط أخرى			
الإجمالي			

نموذج تفصيلي باشتراكات تأمين المرض وتأمين إصابات العمل

وفقاً لأحكام قانون التأمين الصحي الشامل الصادر بالقانون رقم ٢ لسنة ٢٠١٨

بيان	العدد	القيمة بالجنيه	ملاحظات
إجمالي الأجور وفقاً للقانون رقم ٢٠١٨/٢			
إجمالي عدد المؤمن عليهم			
إجمالي عدد الزوجات			
إجمالي عدد المعالين والأولاد			

حصة صاحب عمل في تأمين إصابة عمل	اشتراكات التأمين الصحي الشامل % من الأجر الشامل

اشتراك المؤمن عليه بتأمين المرض في التأمين الصحي الشامل	مؤمن عليه ١ %	الزوجات ٣ %	كل معال أو ابن ١ %	الإجمالي

حصة صاحب العمل بتأمين المرض في التأمين الصحي الشامل	٣ %	الإجمالي

الإجمالي

ملاحظات:

مدير الموارد البشرية

رئيس قسم المعاشات

الموظف المختص

مدير الوحدة الحسابية

خاتم شعار الجمهورية

تحريراً في: / / ٢٠

رقم أمر الدفع	تاريخ الورود	
مبلغ أمر الدفع	توقيع المراجع	
تاريخ أمر الدفع		

جزء بحرر بمعرفة موظف الهيئة



حافطة جميع الاشتراكات والأقساط المستحقة
والمسددة عن شهر لسنة ٢٠

اسم صاحب العمل: _____ رقم المنشأة: _____										
الوحدة الحسابية: _____ العنوان: _____										
ق ج _____ إجمالي الأجور الفعلية المستحقة للعاملين: _____										
الاشتراكات المستحقة										
إجمالي الاشتراكات		اشتراكات المؤمن عليهم			اشتراكات صاحب العمل			إجمالي الأجور التي يسري عليها حكم اقتطاع الاشتراكات		نوع التأمين
		قيمة الاشتراك		النسبة	قيمة الاشتراك		النسبة	قيمة الاشتراكات		
		قرش	جنيه		قرش	جنيه				
جنيه	قرش	جنيه	قرش	النسبة	جنيه	قرش	النسبة	جنيه	قرش	تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة. تأمين إصابات العمل. تأمين المرض. تأمين البطالة. المكافأة. المعاش الإضافي. جملة
الأقساط والمبالغ الأخرى المستحقة										
قسط		قيمة		نوع القسط						
جنيه	قرش	جنيه	قرش							
				أقساط حساب مدة وفقا لأحكام المادة ٢٠ من القانون (شراء مدة) أقساط عن مدد الإعارة الخارجية بدون أجر أو الإجازة الخاصة بدون أجر للعمل بالخارج أقساط عن مدد الإجازة الخاصة بدون أجر لغير العمل أقساط أخرى. مبالغ أخرى مستحقة جملة						
بيانات السداد										
كلي		جزئي		بيان السداد						
جنيه	قرش	جنيه	قرش							
				إجمالي الاشتراكات المستحقة إجمالي الأقساط الخاصة والمبالغ الأخرى المستحقة يخصم: صافي السداد						
ومرفق أصل أمر الدفع رقم _____ المؤرخ / / ٢٠ بنك _____ فرع _____										
بصافي المبلغ المسدد عن شهر _____ فقط ٢٠ _____ لا غير										
أعد بمعرفة _____		رؤس _____		يعتمد، _____						



إقرار المدير المالي

عن السنة المالية ٢٠ / ٢٠

العنوان:

الوحدة الحسابية لشركة:

تاريخ بدء النشاط : / / ٢ تاريخ بدء الاشتراك : / / ٢ رقم المنشأة:

(لا توجد / يوجد) وحدات حسابية أخرى بيانها:

أولاً: بيانات الأجور من واقع الحسابات الختامية:

البيانات	إجمالي المنصرف				المبالغ التي حسبت على أساسها الاشتراكات			
	جزئي		كلي		جزئي		كلي	
	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش
• الأجور النقدية: حـ/ـ								
* الوظائف الدائمة: حـ/ـ								
* المكافآت الشاملة: حـ/ـ								
- مكافآت الخبراء الوطنيين حـ/ـ								
- مكافآت الخبراء الأجانب حـ/ـ								
- المعينون بمكافآت شاملة حـ/ـ								
- أجور الاشتراك حـ/ـ								
- أجور الموسمين والعرضيين حـ/ـ								
- أجور المعينون بربط ثابت حـ/ـ								
- الدرجات الخصوصية حـ/ـ								
- أجور الصببية والأحداث حـ/ـ								

البيانات	إجمالي المنصرف				المبالغ التي حسبت على أساسها الاشتراكات			
	جزئي		كلي		جزئي		كلي	
	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش
مجموع المزايا العينية حـ /-----								
إجمالي الأجور النقدية والمزايا العينية حـ /-----								
* مساهمة الوحدة في التأمينات الاجتماعية حـ /-----								
* حصة الوحدة في تأمين الشيخوخة حـ /-----								
* حصة الوحدة في التأمين الصحي حـ /-----								
* حصة الوحدة في تأمين إصابات العمل حـ /-----								
* حصة الوحدة في تأمين البطالة حـ /-----								
إجمالي مساهمة الوحدة في التأمينات الاجتماعية حـ /-----								

ثانياً: بيانات الأجور النقدية التي أدت على أساسها الاشتراكات وعدد العمال (من واقع استمارات السداد):

عدد العمال في نهاية السنة المالية	أجور المؤمن عليهم إصابات العمل فقط		إجمالي أجور المستثنى أو الموقوف بالنسبة لتأمين								إجمالي الأجور	
			المكافأة		المرض		البطالة		الشيخوخة والعجز والوفاة			
	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش

ثالثاً: بيانات تفصيلية عن المبالغ المسددة:

مبالغ أخرى			مكافأة نهائية الخدمة	أقساط			اشتراكات		
بيان	المبلغ			بيان	مبلغ		بيان	مبلغ	
	قرش	جنيه			قرش	جنيه		قرش	جنيه
- ريع استثمار				- مدة سابقة			- دورية		
- مبالغ إضافية				- إجازات دراسية			- سنوات سابقة		
				(عامل)			- إجازات دراسية		
				- إجازات خاصة			- بعثات علمية		
				- أخرى ()					

رابعاً: المبالغ المخصومة من الباطن لحساب الهيئة ولم تسدد:

م	اسم المقاول	عنوانه	بيان العملية	المبالغ المخصومة		مكتب الهيئة
				جنيه	قرش	
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						
٨						
٩						
١٠						
١١						
١٢						
١٣						

(أنظر خلفه)

إقرار

أقرر بأن البيانات الموضحة بهذا النموذج صحيحة ومطابقة للدفاتر والمستندات والسجلات بالوحدة الاقتصادية وأن الأجور النقدية التي حسبت على أساسها الاشتراكات تشمل كل ما صرف للعاملين باعتباره أجراً وفقاً "لأحكام القانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩ ولائحته التنفيذية".

كما أقرر بأن المبالغ المحتجزة من المقاولين لحساب الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي وفقاً لللائحة التنفيذية وتعليمات هذه الهيئة هي كل ما تبقى وفقاً للدفاتر والمستندات والسجلات.

هذا ولا توجد للهيئة القومية للتأمين الاجتماعي أية مستحقات لدى الوحدة عن العام المالي المحرر عنه هذا الإقرار بخلاف ما سبق إيضاحه.

توقيع المدير المالي:

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

العنوان:

رقم التليفون:

تحريراً في : / / ٢٠

ملاحظة:

في حالة عدم تطبيق النظام المحاسبي الموحد تستوفى البيانات التفصيلية للأجور والواردة بالبند (أولاً) وفقاً للنظام المحاسبي المتبع بالمنشأة.



نموذج سجل قيد أجور العاملين بالقطاع الخاص

اسم العامل :
جنسيته :
الرقم القومي :
الرقم التأميني :
رقم وتاريخ القيد بمكتب العمل :
تاريخ الميلاد :
موقفه من التجنيد :
تاريخ دخوله الخدمة :
قيمة القسط ونوعه :
الأجر الفعلي :
ففي اليوم : اعتباراً من :
ففي الشهر : اعتباراً من :
ففي الأسبوع : اعتباراً من :
تاريخ خروجه نهائياً من الخدمة :
توقيع صاحب العمل :
مدة التقسيط : تاريخ بدء التقسيط :
تاريخ نهاية التقسيط :

البيان	أجر الاشتراك		استقطاعات											
			لحساب الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي				استقطاعات أخرى		الصافي المنصرف		جملة الاستقطاعات	التوقيع	ملاحظات	
الشهور	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	أقساط	جنيه	قرش	جنيه	قرش		
يناير														
فبراير														
مارس														
إبريل														
مايو														
يونية														
يوليو														
أغسطس														
سبتمبر														
أكتوبر														
نوفمبر														
ديسمبر														



استمارة تحصيل الأقساط الخاصة عن شهر سنة ٢٠

--	--	--	--	--	--	--	--

رقم المنشأة:

اسم صاحب العمل:

العنوان:

حالات الإضافة والاستبعاد خلال الشهر:																	
أقساط		أقساط		أقساط		مدة إعارة خارجية وإجازة خاصة بدون أجر ودراسية		أقساط المدة السابقة		أقساط المدة السابقة		أقساط المدة السابقة		أقساط المدة السابقة		اسم المؤمن عليه	
استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة
جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش
الجملة																	
الأقساط المستحقة عن الشهر																	
أقساط		أقساط		أقساط		مدة إعارة خارجية وإجازة خاصة بدون أجر ودراسية		أقساط المدة السابقة		أقساط المدة السابقة		أقساط المدة السابقة		أقساط المدة السابقة		البيان	
استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة	استبعاد	إضافة
جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش
أقساط الشهر السابق																	
التغيير خلال الشهر الحالي مضاف مستبعد																	
صافي أقساط الشهر الحالي																	
جملة الأقساط المستحقة خلال الشهر الحالي																	
فقط مبلغ وقدره: (.....)																	

بتاريخ: ٢٠ / /

تم السداد عن طريق:

تحريراً في: ٢٠ / /

المدير المسئول:

خاتم المنشأة:

الموظف المختص:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

ملحوظة: لا يجوز العدول عن الرغبة مستقبلاً

إقرار

بالرغبة في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل

أقر أنا ----- العامل ب-----

بأنني أرغب في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل والتي حصلت عليها اعتباراً من / / .

كما أرغب في سداد تكلفة المدة (دفعة واحدة / بالتقسيط) (يستوفى هذا البيان في حالة إبداء الرغبة بعد استلام العمل).

وهذا إقرار مني بذلك،،

مقدمه

تحريراً في: / / ٢٠

الاسم:-----

التوقيع:-----

بيان تحقيق الشخصية:

الرقم القومي:-----

التاريخ:-----

جهة الإصدار:-----

العنوان:-----

اعتماد صاحب العمل

تقر ----- بأن المؤمن عليه -----

العامل طرفنا قد تقدم بهذا الإقرار برغبته في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل والتي حصل عليها اعتباراً من / / وأن توقيعه على هذا الإقرار صحيح.

مدير الموارد البشرية

تحريراً في: / / ٢٠

.....

ملاحظة: تشمل الرغبة سنوات تجديد الإجازة.

خاتم صاحب العمل

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

ملحوظة: لا يجوز العدول عن الرغبة مستقبلاً

إقرار

بالرغبة في الاشتراك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل للمستحقين

نقر نحن المستحقين عن / ----- المتوفى بتاريخ / / ،

وعنهم السيد / ----- وصفتي / ----- بالرغبة في الاشتراك عن مدة

الإجازة الخاصة لغير العمل والتي حصل عليها خلال المدة من / / حتى / / .

و نرغب في سداد تكلفة المدة (دفعة واحدة) .

وهذا إقرار منا بذلك ،،،

مقدمه عن المستحقين

تحريراً في: / / ٢٠

الاسم:-----

التوقيع:-----

بيان تحقيق الشخصية:

الرقم القومي:-----

العنوان:-----

رقم التليفون :-----

ملاحظة: تشمل الرغبة سنوات تجديد الإجازة.



الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي
مكتب

نموذج رقم (٢٠)

رقم الوارد:

تاريخ الوارد:

اسم المستلم:

طلب صرف مستحقات تأمينية

.....	رقم المنشأة:	.....	جهة العمل الأخيرة:
.....	الرقم التأميني:	.....	اسم المؤمن عليه:
.....	.....	.....	الرقم القومي:
.....	سبب إنهاء الخدمة:	.....	تاريخ آخر يوم بالخدمة:
.....	الوظيفة:	.....	تاريخ الالتحاق بالخدمة:
.....	جهة صرف المعاش:	.....	سبب طلب الصرف:
.....	رقم التليفون:	.....	العنوان :

بيان بمدد الاشتراك السابقة على المدة الأخيرة:

جهة العمل	رقم المنشأة	تاريخ البداية	تاريخ النهاية	الفئة العامل بها

بيان بالمعاشات الأخرى التي يحصل عليها المؤمن عليه:

الجهة المستحق منها المعاش الآخر	صلة القرابة	رقم المعاش الآخر	القيمة	
			جنيه	قرش

أقر أنا ----- بصحة البيانات الموضحة بعاليه كما أقر بعدم التحاقي بأي عمل أو مزاولة مهنة بعد تاريخ آخر يوم بالخدمة الموضح بهذا الطلب.

توقيع المؤمن عليه:
تحريراً في: ٢٠ / /

إيصال استلام طلب صرف مستحقات تأمينية

.....	اسم المؤمن عليه:	.....	مكتب
	تاريخ الوارد:	.....	رقم الوارد:
	التوقيع:	.....	اسم المستلم:

إرشادات

١- يقدم هذا الطلب في الحالات الآتية:

- أ- بلوغ السن أو العجز، أو المعاش المبكر بشرط ألا يكون المؤمن عليه خاضع لتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة في تاريخ تقديم طلب صرف المعاش المبكر.
 - ب- في حالة هجرة المؤمن عليه المصري، يرفق بطلب الصرف صورة فوتوغرافية من تأشيرة مصلحة وثائق السفر بالموافقة على الهجرة على أن تطابق هذه الصورة على الأصل والتوقيع بما يفيد المطابقة بمعرفة الموظف المختص.
 - ج- في حالة مغادرة الأجنبي للبلاد نهائياً يرفق بطلب الصرف صورة فوتوغرافية من تأشيرة المغادرة النهائية أو تأشيرة الرحيل أو تأشيرة مهلة السفر الصادرة من مصلحة وثائق السفر أو ما يفيد انتهاء مدة الإقامة المؤقتة دون تجديدها وذلك بشهادة من مصلحة وثائق السفر تطابق صورة هذه الشهادة على الأصل والتوقيع بما يفيد المطابقة بمعرفة الموظف المختص.
 - د- في حالة اشتغال المؤمن عليه الأجنبي بالخارج بصفة دائمة يرفق بطلب الصرف صورة عقد العمل غير محدد المدة في الخارج لحساب نفسه على أن تكون هذه المستندات محررة باللغة العربية أو مترجمة ترجمة رسمية إلى هذه اللغة ويصدق عليها من السفارة أو القنصلية المصرية في الخارج وتعتمد من وزارة الخارجية.
 - هـ- في حالة التحاق المؤمن عليه الأجنبي بالبعثة الدبلوماسية بسفارة أو قنصلية دولته في جمهورية مصر العربية يرفق بطلب الصرف شهادة تفيد ذلك من وزارة الخارجية المصرية.
 - و- في حالة الحكم نهائياً على المؤمن عليه بالسجن للمدة الباقية لبلوغه سن الشيخوخة يرفق بطلب الصرف شهادة من مصلحة السجون تفيد بيان مدة السجن مع توكيل من المؤمن عليه معتمد من مأمور السجن الموجود به بتحديد الشخص الذي يصرف إليه مبلغ التعويض، كما يجوز له أن يتقدم بطلب معتمد على النحو السابق لحجز مستحقاته لدى الهيئة لحين انتهاء مدة السجن.
 - ز- في حالة إذا ما نشأ لدى المؤمن عليه خلال مدة سجنه، عجز مستديم يمنعه من مزاولة العمل يرفق بطلب الصرف شهادة طبية صادرة من السلطة المختصة بمصلحة السجون تفيد عجزه المستديم الذي يمنعه من مزاولة العمل على أن تحال هذه الشهادة إلى الهيئة المعنية بالتأمين الصحي لاعتمادها وتحرير شهادات إثبات العجز على النموذج رقم (٢٧) قبل الصرف، كما يرفق بطلب الصرف التوكيل المشار إليه بالبند السابق.
 - ح- في حالة انتظام المؤمن عليه المسيحي في سلك الرهبنة، يرفق بطلب الصرف شهادة من الجهة الدينية المختصة على أن تعتمد من الجهة الإدارية المختصة.
- ٢- ترفق موافقة جهة الصرف (بنك - هيئة البريد - شركات الاتصالات (المحافظ الالكترونية) -) على تحويل المعاش إلى الحساب الجاري.
- ٣- يرفق بالطلب بيان معتمد من الجهة المستحق منها المعاش أو المعاشات الأخرى إن وجدت.



رقم الوارد:

تاريخ الوارد:

اسم المستلم:

طلب الاشتراك في نظام المعاش الإضافي

العامل لدى الغير

.....	رقم المنشأة:	.....	جهة العمل:
.....	الرقم التأميني:	.....	اسم المؤمن عليه:
.....	.....	.....	الرقم القومي:
.....	تاريخ الالتحاق بالخدمة:	.....	تاريخ الميلاد:
.....	الوظيفة:	.....	أجر المؤمن عليه الشامل:

أقر أنا بأنني أرغب في الاشتراك في نظام المعاش الإضافي.

توقيع المؤمن عليه: / / ٢٠

اعتماد صاحب العمل أو المكتب التأميني المختص

نقر نحن بأن المؤمن عليه

قد تقدم بهذا الإقرار للاشتراك في نظام المعاش الإضافي وأن الأجر الموضح بالطلب صحيح وفي حالة تغيير الأجر وانخفض عن الحد الأقصى لأجر الاشتراك سيتم إبلاغ الهيئة بذلك.

المسئول المختص

الخاتم

تحريراً في: / / ٢٠

أصحاب الأعمال والعاملين المصريين بالخارج

أقر أنا (صاحب العمل / عامل مصري بالخارج) رقم تأميني بأنني أرغب في الاشتراك في نظام المعاش الإضافي بقيمة ٠٠٠,٠٠ جنيهاً شهرياً.

كما أقر بموافقتي على الاشتراك على أعلى فئة دخل اشتراك سنوياً لاستمرار الاشتراك في المعاش الإضافي.

توقيع المؤمن عليه: / / ٢٠

إرشادات

يشترط فيمن يتقدم للاشتراك بالمعاش الاضافي الشروط الآتية:

أولاً: المؤمن عليه من فئات العاملين لدى الغير:

- ١- أن يتجاوز أجر المؤمن عليه الحد الأقصى لأجر الاشتراك التأميني.
- ٢- تقديم المؤمن عليه طلب الانتفاع بهذا النظام قبل بلوغه سن الشيخوخة.
- ٣- ألا يكون للهيئة أي مبالغ مستحقة على المؤمن عليه وواجبة الأداء في تاريخ تقديم الطلب.

ثانياً: المؤمن عليه من فئات أصحاب الأعمال والعاملين المصريين بالخارج:

- ١- أن يكون المؤمن عليه مشتركاً عن أعلى فئة دخل اشتراك بالجدول رقم (١).
- ٢- تقديم المؤمن عليه طلب الانتفاع بهذا النظام قبل بلوغه سن الشيخوخة.
- ٣- ألا يكون للهيئة أي مبالغ مستحقة على المؤمن عليه وواجبة الأداء في تاريخ تقديم الطلب.

- **يوقف انتفاع المؤمن عليه بنظام المعاش الإضافي إذا انتهى أي شرط من شروط الانتفاع المشار إليها.**
- **لا يجوز العدول عن الرغبة في الاشتراك بنظام المعاش الإضافي.**



إخطار وقوع إصابة عمل

	اسم المنشأة: عنوان المنشأة: اسم العامل المصاب: الرقم القومي:	رقم المنشأة: الرقم التأميني:
	تاريخ الإصابة: تاريخ الالتحاق بالعمل: الراحة الأسبوعية:	وقت الإصابة: مواعيد العمل: أجر يوم الراحة:
م ص	من: إلى:	لا يستحق يستحق
مكان وقوع الإصابة: رقم محضر الشرطة (إن وجد) اسم الشخص الذي نقل المصاب : موجز عن الإصابة وظروفها: أجر الاشتراك للمصاب: بيانات أخرى:		

إقرار

أقر بصحة البيانات الواردة في هذا الإخطار وفي حالة عدم ثبوت صحتها أو ثبت أن الحالة ليست إصابة عمل أكون مسؤولاً عن رد تكاليف العلاج للجهة الطبية المختصة طبقاً للأسعار المعمول بها لدينا.

تحريراً في: ٢٠ / /

توقيع صاحب العمل:

الرقم القومي:
 العنوان:
 رقم التليفون:

اسم مقدم الإخطار: توقيعه: صفته:
 (أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- يعتمد النموذج من مكتب الهيئة المختص.
- ٢- يستوفى هذا النموذج لعمال اليومية ويذكر اسم الراحة (الجمعة - الأحد - إلخ)
- ٣- يحضر هذا النموذج من أصل وثلاث صور، الأصل يرسل إلى مكتب الهيئة المختص، وصورة لقسم الشرطة وصورة لجهة العلاج وصورة تحفظ في ملف المؤمن عليه.
- ٤- في حالة امتناع صاحب العمل عن تقديم نموذج إخطار الإصابة ، يجوز للمؤمن عليه المصاب أو ذويه، تقديم نموذج الإخطار لمكتب الهيئة المختص.
- ٥- تحدد المستندات التي ترفق بالنموذج وفقاً لما يلي:

أولاً: الإصابة نتيجة حادث:

- أ- محضر الشرطة للحادث - أو صورة معتمدة ومختومة بخاتم شعار الجمهورية- وذلك بالنسبة للعمال المنصوص عليهم بالبندين (١, ٢) من أولاً من المادة (٢) من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات وذلك عن كل حادث يقع اثناء العمل أو بسبب العمل أو أثناء الذهاب أو العودة من العمل، ويكتفى بمحضر تحقيق إداري يجري بمعرفة السلطة المختصة لدى صاحب العمل في حالة وقوع الحادث داخل دائرة العمل وذلك بالنسبة للمؤمن عليهم العاملين بالجهاز الإداري للدولة والقطاع العام وقطاع الأعمال العام.
- ب- إخطار عن وقوع الإصابة معتمد ومختوم موضحاً به ظروف الحادث.
- ج- إقرار من الوحدة الإدارية بالطريق المعتاد للمصاب ومحل إقامته في حالة إصابة العامل بالطريق أثناء الذهاب للعمل أو العودة منه.
- د- صورة معتمدة من قرار التكليف للمصاب في حالة إصابته أثناء توجهه إلى مأمورية مصلحة خارج دائرة العمل.

ثانياً: المستندات المطلوبة بالنسبة لأمراض المهنة:

- أ- تقرير إداري معتمد من مدير شئون العاملين ومختوم يوضح طبيعة عمل المؤمن عليه ومدى تعرضه للإصابة بأحد الأمراض المهنية الموضحة بالجدول رقم (١) بحكم طبيعة عمله.
- ب- قرار لجنة الأمراض المهنية بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي يفيد ارتباط المرض الموضح بالجدول بطبيعة عملة الذي يؤديه.
- ج- شهادة معتمدة ومختومة من اللجان الطبية بالتأمين الصحي توضح نسبة العجز وتاريخ ثبوته.

إخطار عن وقوع إصابة عمل خارج البلاد

..... السيد / مدير مكتب

تحية طيبة وبعد،،،

نحيطكم علماً بأن السيد / سبق أن أُلحق للعمل بالخارج
 بدولة

بسبب (إجازة / إعارة) والعامل لدى، وقد حدث له حادث بالخارج (أثناء العمل / بسبب العمل - أثناء الذهاب للعمل أو الإياب منه)، بتاريخ / / ٢٠٠٠. وحيث أن ذلك يعتبر إصابة عمل، برجاء اتخاذ الإجراءات اللازمة لصرف الحقوق التأمينية المستحقة.

١٢٢

..... الاسم:

--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني:[illegible]

.....: العنوان

رقم التليفون:

.....: صفة مقدم الإخطار:

تحریراً فی: / / ۲۰

مرفقات:

- محضر تحقيق عن الحادث (على أن يكون محرراً بمعرفة جهة رسمية باللغة العربية أو مترجماً ترجمة رسمية إلى هذه اللغة، ومصدقاً عليه من السفارة أو القنصلية المصرية ومعتمداً من وزارة الخارجية).



إخطار وقوع إصابة عمل ناتجة عن الإجهاد

اسم المنشأة:										رقم المنشأة:									
عنوان المنشأة:																			
اسم العامل المصاب:										الرقم التأميني:									
الرقم القومي:																			
تاريخ الإصابة:					وقت الإصابة:					ص					م				
السن وقت الإصابة:					مواعيد العمل:					من:					إلى:				
تاريخ الالتحاق بالخدمة:					المهنة: .....					.....									
مكان وقوع الإصابة:					محل الإقامة: .....					.....									
موجز عن الحالة:					الأمراض السابقة: .....					.....									
موجز عن ظروف العمل الذي أدى للإجهاد أو الإرهاق:																			
أجر الاشتراك للمصاب:																			
الأمراض السابقة:																			
طريقة أداء الأجر:																			

إقرار

أقر بصحة البيانات الواردة في هذا الإخطار وفي حالة عدم ثبوت صحتها أو ثبت أن الحالة ليست إصابة عمل أكون مسؤولاً عن رد تكاليف العلاج للجهة الطبية المختصة طبقاً للأسعار المعمول بها لدينا.

توقيع صاحب العمل

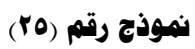
خاتم الجهة

تصريحاً في: ٢٠ / /

(أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- يرفق تقرير من صاحب العمل يبين ما يلي:
 - أ. بيان طبيعة عمل المصاب واختصاصاته وتاريخ بدء مزاولته ومستوى أدائه.
 - ب. بيان ما كلف به من عمل إضافي وطبيعته والمدة المحددة لأدائه وما تم إنجازه فيها وعمما إذا كانت تؤدي في ساعات العمل الأصلية أو الإضافية وتدعم ذلك بالمستندات.
- ٢- يرفق الملف الطبي للمصاب من واقع ملف الخدمة وإجازاته المرضية.
- ٣- ترفق الأبحاث والتقارير الطبية عن الحالة المرضية قبل الإصابة مباشرة وفي الحالات التي تقوم بها الهيئة المعنية بالتأمين الصحي بالعلاج تقدم البيانات من الهيئة المعنية بالتأمين الصحي.



الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

السيد مدير / مكتب



طلب صرف تعويض بطالة

السيد الأستاذ مدير مكتب

تحية طيبة وبعد،،

ارجو صرف تعويض البطالة المستحق لي، وفقاً للبيانات الآتية:

اسم المنشأة: رقم المنشأة:

--	--	--	--	--	--	--	--

عنوان المنشأة:

اسم العامل: الرقم التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

محل الإقامة:

تاريخ انتهاء الخدمة: / / سبب الانتهاء:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ الالتحاق بالعمل: / / المهنة:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم شهادة القيد:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 تاريخ الإصدار: / /

توقيع المؤمن عليه:

الرقم القومي:

العنوان:

رقم التليفون:

تحريراً في: / / ٢٠

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مكتب:

بطاقة

صـرف تعويض بطالة

طبقا للقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩

قرار الربط

تاريخ بدء اشتراكه في تأمين البطالة:

تاريخ إنهاء الخدمة:

سبب إنهاء الخدمة:

الأجر الشهري الأخير: فقط وقدره

تاريخ بدء استحقاق التعويض:

قيمة التعويض الشهري:

تاريخ إنتهاء استحقاق التعويض:

مدير المكتب

مراجع

مختص

.....

٢٠ / /

قرار الإيقاف

تاريخ الإيقاف: / /

سبب الإيقاف:

مدير المكتب

مراجع

مختص

.....

٢٠ / /

بطاقة صرف رقم

مكتب الصرف التاريخ / / ٢٠

الرقم التأميني:

--	--

 /

--	--	--	--

 /

--	--	--	--

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الاسم:

المهنة:

العنوان:

مكتب القوى العاملة المختص:

رقم شهادة القيد بمكتب القوى العاملة:

تاريخ شهادة القيد بمكتب القوى العاملة:

تاريخ تسليم البطاقة: / /

تابع نموذج رقم (٢٧)

<u>المدة الأولى</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة الثانية</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
<u>المدة الثالثة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة الرابعة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

<u>صورة قرار الربط</u> الرقم التأميني: اسم العامل: تاريخ بدء اشتراكه في تأمين البطالة: تاريخ بدء تعطل العامل: سبب التعطل: الأجر الشهري الأخير: فقط وقدره تاريخ بدء استحقاق التعويض: قيمة التعويض الشهري: تاريخ انتهاء استحقاق التعويض: مختص مراجع مدير مكتب الاصدار تحريراً في ٢٠ / /
<u>صورة قرار الإيقاف</u> تاريخ الإيقاف: / / سبب الإيقاف: مختص مراجع مدير مكتب الاصدار تحريراً في ٢٠ / /

تابع نموذج رقم (٢٧)

<u>المدة العاشرة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة التاسعة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
<u>المدة الثانية عشر</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة الحادية عشرة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

<u>المدة السادسة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة الخامسة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
<u>المدة الثامنة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة السابعة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

تابع نموذج رقم (٢٧)

<u>المدة الثامنة عشرة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة السابعة عشرة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
<u>المدة العشرون</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة التاسعة عشرة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

<u>المدة الثالثة عشرة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة الرابعة عشرة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
<u>المدة الخامسة عشرة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة السادسة عشرة</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

تابع نموذج رقم (٢٧)

<u>المدة السادسة والعشرين</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة الخامسة والعشرين</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
<u>المدة الثامنة والعشرين</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة السابعة والعشرين</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

<u>المدة الثانية والعشرين</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة الحادية والعشرين</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
<u>المدة الرابعة والعشرين</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	<u>المدة الثالثة والعشرين</u> تردد العامل على المكتب من / / إلى / / وما زال متعطلاً. مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

رقم المنشأة :	الرقم التأميني :	
الرقم القومي :		

طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين

اسم المؤمن عليه / صاحب المعاش : _____

اسم جهة العمل الأخيرة وعنوانها : _____

تاريخ الوفاة : / / ٢٠

يستوفي هذا البيان في حالة
وفاه صاحب المعاش وعدم
وجود أرمل وأرملة
وأرشد الأولاد

اسم القائم بصرف نفقات الجنازة : _____ صلة القرابة : _____

عنوان المستفيدين : _____

رقم التليفون : _____ البريد الإلكتروني : _____

تنبيه هام
ليس للهيئة مندوبين يترددون على المنازل لاستيفاء
المستندات أو تحصيل مستحقات الهيئة

- (١) يراعي قبل استيفاء بيانات هذ الطلب الرجوع إلى الملاحظات الموضحة خلفه مع مراعاة عدم الشطب أو الكشط في البيانات والإجابة (نعم) أو (لا) على كل بند.
- (٢) تستوفي البيانات داخل الخانات (بين السطور).

١- الأرمل أو الأرملة

الرقم التأميني	الاسم	تاريخ الزواج	تاريخ الميلاد	هل الزواج موثق ؟	هل الارملة لديها حمل مستكن	بيانات الزواج الآخر للأرمل		قيمة المعاش الآخر بخلاف المعاش المطلوب صرفه (أن وجد)		جهة ربط المعاش الآخر	الجهة المطلوب الصرف عليها	التوقيع
						هل متزوج بأخري	تاريخ الزواج	قرش	جنيه			
		/ /	/ /				/ /					
		/ /	/ /				/ /					
		/ /	/ /				/ /					
		/ /	/ /				/ /					

٢- الابناء والأخوة

الرقم التأميني	الاسم	اسم الوالدة	صلته القرابة للمؤمن عليه أو صاحب المعاش	تاريخ الميلاد	هل هو طالب بالتعليم أو حاصل على مؤهل ولا يعمل ؟	هل هو عاجز عن السب ؟	قيمة المعاش الآخر بخلاف المعاش المطلوب صرفه (أن وجد)		جهة ربط المعاش الآخر	هل نزاول عملاً أو مهنة أو مفيد بأحد النقابات المهنية	تاريخ المزاولة	مقدار الأجر أو الدخل		الجهة المطلوب الصرف عليها	التوقيع
							قرش	جنيه				قرش	جنيه		
				/ /							/ /				
				/ /							/ /				
				/ /							/ /				
				/ /							/ /				
				/ /							/ /				
				/ /							/ /				
				/ /							/ /				
				/ /							/ /				
				/ /							/ /				

٣- البنات والأخوات

الرقم التأميني	الاسم	اسم الوالدة	صلة القرابة للمؤمن عليه أو صاحب المعاش	تاريخ الميلاد	الحالة الاجتماعية يوم الوفاة	تاريخ عقد الزواج أو الطلاق أو الترمل	قيمة المعاش الآخر بخلاف المعاش المطلوب صرفه (أن وجد)		جهة ربط المعاش الآخر	هل يزاول عملاً أو مهنة أو مهنة مقيد بأحد النقابات المهنية	تاريخ المزاولة	مقدار الأجر أو الدخل		الجهة المطلوب الصرف عليها	التوقيع
							قرش	جنيه				قرش	جنيه		
				/ /		/ /					/ /				
				/ /		/ /					/ /				
				/ /		/ /					/ /				
				/ /		/ /					/ /				
				/ /		/ /					/ /				
				/ /		/ /					/ /				
				/ /		/ /					/ /				
				/ /		/ /					/ /				
				/ /		/ /					/ /				

٤- الوالدان

الرقم التأميني	الاسم	قيمة المعاش الآخر بخلاف المعاش المطلوب صرفه (أن وجد)		جهة ربط المعاش	هل يزاول عمل أو مهنة أو مقيد بأحد النقابات المهنية ؟	تاريخ المزاولة	مقدار الأجر أو الدخل		الجهة التي يرغب في صرف المعاش عليها	التوقيع
		قرش	جنيه				قرش	جنيه		

بيان بأسماء الورثة لشرعيين

الرقم التأميني	الرقم القومي	الاسم بالكامل رباعياً	النوع	صلة القرابة	العنوان

يعتبر المصدقان على هذا النموذج متضامنين قانوناً مع المستفيدين مادياً وجنائياً في حالة الإدلاء ببيانات خاطئة تؤدي إلى صرف مبالغ دون وجه حق

نشهد نحن الموقعين أدناه بأن البيانات الموضحة بهذا النموذج صحيحة وتمثل المستفيدين عن المرحوم / يوم وفاته

وأن التوقيعات الواردة بالطلب صحيحة

الشاهد الأول : الشاهد الثاني :

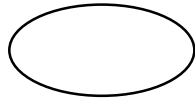
الموقعات على هذا هما السيد / والسيد /

وهما من العاملين في /

تحريراً في ٢٠ / /

خاتم شعار الجمهورية

مدير الموارد البشرية



يعاقب بغرامة لا تقل عن عشرين ألف جنيه ولا تجاوز خمسين ألف جنيه، كل من حصل على أموال الهيئة بغير حق أو قام بإعطاء بيانات غير صحيحة أو امتنع عن إعطاء بيانات مما يجب الإفصاح عنها وفقاً لأحكام هذا القانون أو القرارات أو اللوائح المنفذة له مع علمه بذلك (م ١٦٦ قانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩)

اعتماد النموذج بمكتب الهيئة المختص (حاله عدم الاعتماد الإداري)

تم التوقيع أمامي على هذا النموذج بعد التحقق من شخصية الموقعين وإقرارهم بصحة البيانات الواردة بالنموذج على مسؤوليتهم الشخصية

تحريراً في: ٢٠ / /

بيان	الموظف المختص	الرئيس المباشر	مدير المكتب	خاتم شعار الجمهورية
الاسم				
التوقيع				

ملاحظات هامة

- يرفق مع هذا النموذج شهادة الوفاة أو المستخرج الرسمي منها أو ملخص شهادة الوفاة في حالة عدم سابقة تقديمها
- في حالة وجود حمل مستكن يراعى إرسال شهادات الميلاد بمجرد انفصاله
- في حالة وجود أبناء أو أخوة تجاوزوا سن ٢١ سنة وقت الوفاة وكانوا طلبة أو حاصلين على مؤهل ولم يلتحقوا بعمل يرفق مع هذه الاستمارة شهادته تثبت ذلك
- في حالة فقد المؤمن عليه أو صاحب المعاش ترفق المستندات الآتية فيما عدا شهادة الوفاة :
 - المستندات المطلوبة لصرف المعاش كما في حالة الوفاة
 - صورة رسمية من محضر الشرطة المحرر عن الفقد
 - شهادة إدارية على ان تعتمد من قسم الشرطة المختص بأن المفقود لم يعثر عليه خلال ثلاثة أشهر من تاريخ الفقد
 - شهادة معتمدة من جهة العمل التابع لها المؤمن عليه توضح تفصيلاً نوع العمل الذي كان يؤديه وفقد أثناءه وذلك إذا كان الفقد أثناء تأدية العمل
- يكون التوقيع على هذا النموذج من المستحقين الاتي بيانهم ويعد ذلك إقرار منهم بصحة البيانات:
 - (أ) الأرملة أو الأرملة عن أنفسهم وعن أبنائهم وبناتهم (إذا كانوا قسراً)
 - (ب) الوالدان
 - (ج) الأبناء والبنات والأخوة والأخوات البالغين
 - (د) الولي الشرعي عن الأولاد والأخوة والأخوات (إذا كانوا قسراً)
 - (هـ) متولي شؤون القصر في حالة عدم وجود الولي الطبيعي أو الأم أو الولي الشرعي أو الوصي.
- يرفق نموذج رقم (٣٢) بيانات مدى توافر شروط الإعالة للأخ أو الأخت عن كل أخ وأخت
- الحالة الاجتماعية يوم الوفاة :- ويقصد بها انسه (لم يُعقد قرانها) - متزوجه (التي تم عقد قرانها) - مطلقة - مترملة
- يجوز عدم التصديق الإداري على هذا النموذج بشرط حضور أسرة المؤمن عليه أو صاحب المعاش إلي المكتب التأميني المختص للتوقيع على هذا النموذج أمام الموظف المختص وفي هذه الحالة يجب توقيع الموظف ومديره المباشر بما يفيد أن التوقيع تم أمامه ويعتمد النموذج من مدير المكتب ويختم بخاتم شعار الجمهورية الخاص بالمكتب التأميني.
- ترفق موافقة جهة الصرف (بنك - هيئة البريد - شركات الاتصالات (المحافظ الإلكترونية) -) على تحويل المعاش إلى الحساب الجاري.



الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

طلب

صرف الحقوق التأمينية للإخوة والأخوات

اسم المؤمن عليه / صاحب المعاش :

اسم الأخ أو الأخت : النوع الرقم التأميني:

الرقم القومي

أولاً: بيانات دخل الأخ أو الأخت

م	مصدر الدخل	قيمته	
		قرش	جنيه
١			
٢			
٣			
٤			
٥			

ثانياً: بيانات دخل والد وأبناء وبنات الأخ أو الأخت

م	الاسم	صلة القرابة	الرقم التأميني	نوع الدخل ومصدره	قيمته	
					قرش	جنيه
١						
٢						
٣						
٤						
٥						

يعاقب بغرامة لا تقل عن عشرين ألف جنيه ولا تجاوز خمسين ألف جنيه، كل من حصل على أموال الهيئة بغير حق أو قام بإعطاء بيانات غير صحيحة أو امتنع عن إعطاء بيانات مما يجب الإفصاح عنها وفقاً لأحكام هذا القانون أو القرارات أو اللوائح المنفذة له مع علمه بذلك (م ١٦٦ قانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩)

أقر بصحة البيانات الواردة بهذا النموذج وتمثل حالي في تاريخ وفاة العائل ولا يوجد أية دخول أخرى بخلاف المدونة بالنموذج والمبينة تفصيلاً به، وفي حالة استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلى قيامي بصرف أية مبالغ دون وجه حق أكون مسؤولاً عن صرف هذه المبالغ.

وهذا إقرار مني بذلك،،،.

توقيع الأخ / الأخت

التاريخ / /

تم التوقيع إمامي

اسم الموظف المختص : الوظيفة :

التوقيع : التاريخ : ٢٠ / /

ملاحظات : ١- يتم توقيع النموذج من الأخ أو الأخت أو متولي شؤونهم في حالات القصر

٢- يقصد بنوع الدخل دخل من عمل أو مهنة أو عقار.....الخ

إرشادات

يشترط لاستحقاق الإخوة والأخوات بالمعاش توافر شروط استحقاق الابن أو البنت بالإضافة إلى الشروط الآتية:

- أ- ألا يكون أي من أولاد المؤمن عليه أو صاحب المعاش سبق استحقاقه في المعاش.
- ب- ألا يكون للأخ أو الأخت دخلاً من أي مصدر يعادل قيمة نصيبه في المعاش أو يزيد عليه.
- ج- ألا يكون للأخ أو الأخت والد أو ابن أو بنت متوسط دخولهم جميعاً من أي مصدر يعادل قيمة معاش المؤمن عليه أو صاحب المعاش أو يزيد عليه، ولا يعتبر من هذا الدخل المعاش المستحق عن الغير.

لذلك استيفائك كافة بيانات النموذج تمنعك من الوقوع تحت طائلة القانون.

ترفق المستندات التالية مع النموذج:

١. المستندات المؤيدة للدخول المدونة بالنموذج وفقاً لما يلي:

- أ- في حالة الحصول على معاش آخر أو دخل من عمل لدى الغير يراعى استيفاء المستندات المؤيدة لذلك ورقم المعاش الآخر إذا كان مستحق من الهيئة.
- ب- صافي الدخل الخاضع للضريبة إذا كان الدخل من مزاولة مهنة أو نشاط مستقل.
- ج- بيان بالقيمة الإيجارية للقيراط إذا كان الدخل من أرض زراعية.
- د- بيان من الضرائب العقارية إذا كان الدخل من عقار.
- هـ- بيان بربح الاستثمار إذا كان الدخل من ودائع لدى البنوك.
- و- بيان معاش إذا كان المعاش مستحق من غير الهيئة.

٢. الإقرار المرافق بعدم الحصول على أية دخول أخرى بخلاف المدونة بالنموذج.

٣. صور شهادات ميلاد ممكنة لأولاد الأخ أو الأخت أو صور بطاقات الرقم القومي.

٤. ترفق موافقة جهة الصرف (بنك - هيئة البريد - شركات الاتصالات) (المحافظ

الإلكترونية) - على تحويل المعاش إلى الحساب الجاري.

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

طلب**صرف المعاش لحالات الاستحقاق بعد وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش**

السيد الأستاذ: مدير مكتب:

تحية طيبة وبعد،،،

برجاء الموافقة على صرف المعاش المستحق لي عن (الوالد / الوالدة / الأخ / الأخت):

وذلك نظراً لتوافر حالة (طلاق / ترميل / عجز):

--	--	--

تاريخ الحالة:

رقم الحساب (إن وجد): فرع:

رقم الحساب (إن وجد):

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

اسم مقدم الطلب:

--	--	--	--	--	--	--	--

رقم تأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

العنوان:

رقم التليفون:

تحريراً في: ٢٠ / /

تم التوقيع إمامي

اسم الموظف المختص: الوظيفة:

التوقيع: التاريخ: ٢٠ / /

(أنظر خلفه)

يراعى إرفاق المستندات التالية:

١. مستندات عامة:

- أ- صورة شهادة الميلاد المميكنة.
- ب- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية.
- ج- صورة من قرار الوصاية أو قرار القوامة في حالة صرف المعاش للوصى أو القيم.
- د- صورة من التوكيل العام أو أصل التوكيل الخاص أو أصل توكيل السجن، أو استيفاء نموذج توكيل الهيئة.
- هـ- ترفق موافقة جهة الصرف (بنك - هيئة البريد - شركات الاتصالات (المحافظ الإلكترونية) -) على تحويل المعاش إلى الحساب الجاري.
- و- إقرار بعدم القيد في أي نقابة مهنية.

٢. المستندات المطلوبة في كل حالة وفقاً لما يلي:

- أ- صرف المعاش بسبب عجز الابن أو الأخ عن الكسب بعد وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش (مستندات تستوفى بعد العرض على اللجنة الطبية):
 - إقرار بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة أو عدم الحصول على معاش آخر يتم استيفاءه أمام الموظف المختص، وفي حالة الحصول على معاش من الهيئة يذكر رقم المعاش.
 - بيان الدخل في حالة الحصول على دخل من عمل لدى الغير.
 - بيان معاش في حالة الحصول على معاش من إدارة التأمين والمعاشات للقوات المسلحة
 - النموذج رقم (٣٢) بالنسبة للأخ العاجز عن الكسب.
 - ب- صرف معاش طلاق أو ترميل البنت أو الأخت بعد وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش:
 - صورة من وثيقة الزواج وصورة من شهادة وفاة الزوج في حالة الترميل.
 - صورة من إشهاد الطلاق في حالة الطلاق.
 - إقرار بعدم الزواج منذ الترميل أو الطلاق وحتى تاريخ تقديم طلب الصرف يتم استيفاءه أمام الموظف المختص.
 - إقرار بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة أو عدم الحصول على معاش آخر يتم استيفاءه أمام الموظف المختص.
 - بيان الدخل في حالة الحصول على دخل من عمل لدى الغير.
 - بيان معاش في حالة الحصول على معاش من إدارة التأمين والمعاشات للقوات المسلحة
 - النموذج رقم (٣٢) بالنسبة للأخت.
- وفي جميع الأحوال يراعى مطابقة صور المستندات على الأصول بمعرفة موظف مكتب الهيئة المختص.

۱۲۷

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

طلب**صرف منحة زواج أو قطع**

السيد الأستاذ: مدير مكتب:

تحية طيبة وبعد،،،

برجاء الموافقة على صرف منحة (الزواج / القطع) المستحق لي عن:

(الوالد / الوالدة / الأخ / الأخت):

وذلك نظراً لتوافر حالة (الزواج - (بلوغ سن ٢١ وعدم الحصول على أي مؤهل دراسي / ٢٤ / ٢٦)

- انتهاء الدراسة - الالتحاق بعمل - مزاوله مهنة - زوال حالة العجز):

تاريخ الحالة : / / ٢٠

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

اسم مقدم الطلب:

رقم تأميني:

الرقم القومي:

العنوان:

رقم التليفون :

تحريراً في: / / ٢٠

تم التوقيع امامي

اسم الموظف المختص :

الوظيفة :

التوقيع : التاريخ : / / ٢٠

(أنظر خلفه)

إرشادات

ترفق المستندات الآتية مع هذا النموذج:

أ- في حالة زواج الابنة أو الأخت:

١. صورة عقد الزواج بعد الاطلاع على الأصل.
٢. إقرار بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة.
٣. صورة بطاقة الرقم القومي للمستحقة على أن تكون سارية.

ب- في حالة بلوغ الابن أو الأخ سن قطع المعاش:

١. استيفاء إقرار موقع من القائم بالصرف أو المستحق بعدم الالتحاق بأي جهة تعليمية وغير عاجز عن الكسب
٢. استيفاء إقرار من القائم بالصرف أو المستحق بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة وعدم الحصول على معاش آخر.
٣. صورة بطاقة الرقم القومي للمستحق على أن تكون سارية.

ج- في حالة التحاق الابن أو الأخ بعمل أو مزاولة مهنة:

١. خطاب من جهة العمل حكومة / عام / خاص بتاريخ بداية الالتحاق بالعمل.
٢. صورة من عقد العمل أو صورة من تأشيرة السفر في حالة الاشتغال خارج البلاد.
٣. خطاب يفيد بداية مزاولة المهنة من مأمورية ضرائب المهن الحرة أو المهن غير التجارية أو خطاب من النقابة المختصة بتاريخ القيد في جدول المشتغلين.
٤. خطاب يفيد بداية مزاولة المهنة من مأمورية الضرائب أو مكتب السجل التجاري بالنسبة للمهن التجارية.

٥. صورة بطاقة الرقم القومي للمستحق على أن تكون سارية.

د- في حالة زوال حالة العجز للابن أو الأخ:

١. قرار اللجنة الطبية بالهيئة العامة للتأمين الصحي بزوال حالة العجز.
٢. صورة بطاقة الرقم القومي للمستحق على أن تكون سارية.

[illegible]

إخطار ربط المعاش بصفة نهائية

المبدأ /

العنوان /

تحية طيبة وبعد،،،

نحيط علم سيادتكم أنه قد استحق لكم صرف الحقوق التأمينية الخاصة بكم اعتباراً من شهر _____ لسنة ٢٠٢٠،

وقد تم حساب الحقوق التأمينية لكم وفقاً للبيانات الآتية:

١- مدة الاشتراك وتشمل:

[illegible]

٢- أجر التسوية :

ق ٢٠١٩/١٤٨		متغير		أساسي	
قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه

وبناء على ذلك فقد استحق لكم مايلي:

المبلغ		البيان
جنيه	قرش	
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
-----	-----	-----
		جملة المعاش

إجمالي المبالغ المستحقة والمبالغ المخصوصة منها:

[illegible]

..... فرع علما بأنه تم تحويل المستحقات التأمينية على الحساب الجارى رقم

.....نك

وستیتم صرف المعاش شهرياً من دورى / ٢٠، علماً بأن ملف المعاش سيكون بمكتب

مدير المكتب

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

تحریراً فی / / ۲۰

ملحوظة: لا يجوز تعديل الحقوق المقررة بقانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات بعد انقضاء ثلاث سنوات من تاريخ هذا الإخطار

تطبيقاً لأحكام المادة ١٣١ من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات.



نموذج رقم (٣٤)

الرقم التأميني

رقم الملف

رقم الربط

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

رقم صادر الإخطار:

تاريخ صادر الإخطار: ٢٠ / /

إخطار المستفيدين بالحقوق التأمينية

بصفه نهائية

السيد /

تحية طيبة وبعد،،،

نتشرف بالإحاطة بأن السيد / الذي كان يعمل بـ انتهت خدمة بتاريخ ٢٠ / /

واستحق عنه المعاش اعتباراً من ٢٠ / / بسبب الوفاة.

وقد تم تسوية الحقوق التأمينية المستحقة عنه وفقاً للبيانات الآتية:

١- مدة الاشتراك : ٢- أجر التسوية : ٣- المعاش الشهري :

وقد تم توزيع الحقوق التأمينية على اسرة المرحوم وفقاً لما يلي:

الاسم	الرقم التأميني	صلة القرابة	المعاش الدوري		المكافأة		التعويض الإضافي		تعويض الدفعة الواحدة		متجمد المعاش		شروط استمرار استحقاق المعاش
			قرش	جنية	قرش	جنية	قرش	جنية	قرش	جنية	قرش	جنية	

علماً بأنه تم تحويل المستحقات التأمينية على الحساب الجاري رقم

فرع

بنك

وسيتم صرف المعاش شهرياً من دوري ٢٠ / / ، علماً بأن ملف المعاش سيكون بمكتب

وعنوانه

مدير المكتب

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

تحريراً في ٢٠ / /

صورة مرسله للسيد / العنوان : علماً بأنه

تم تحويل المستحقات التأمينية على الحساب الجاري رقم

فرع

بنك

وسيتم صرف المعاش شهرياً من دوري ٢٠ / / ، علماً بأن ملف المعاش سيكون بمكتب

مدير المكتب

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

تحريراً في ٢٠ / /

صورة للسيد وكيل نيابة / للأحوال الشخصية

رجاء الإحاطة أنه تم صرف معاشات القصر باسم / وصفته (ولي طبيعي / والدتهم / متولي شؤونهم / قيم / وصي).

مدير المكتب

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

تحريراً في ٢٠ / /

ملحوظة:

لا يجوز تعديل الحقوق المقررة بقانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات بعد انقضاء ثلاث سنوات من تاريخ هذا الإخطار تطبيقاً لأحكام المادة ١٣١ من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات.

إرشادات

يراعى سرعة إبلاغ المكتب المختص عند تحقق أحد الأسباب التي من شأنها قطع المعاش أو خفضه، وذلك لعدم التعرض للمسائلة القانونية.

ملاحظات	اسباب قطع المعاش
▪ يمنع صرف المعاش في حالات تحقق إحدى هذه الوقائع حتى لا يتعرض المستحق للمسائلة القانونية. ▪ في حالة قطع معاش البنت أو الأخت للزواج أو قطع معاش الابن أو الأخ لغير الوفاة أو الحصول على معاش آخر ذو أولوية أعلى، يتم صرف منحة لمرة واحدة تساوي المعاش المستحق عن مدة سنة.	وفاه المستحق.
	زواج الأرملة/الأرمل /البنت /الأخت.
	بلوغ الابن/الأخ سن ٢١ سنة لغير الطالب أو الحاصل على أي مؤهل أو عاجز عن الكسب.
	بلوغ الابن /الأخ سن ٢٤ سنة للحاصل على مؤهل اقل من الليسانس أو البكالوريوس وغير عاجز عن الكسب.
	بلوغ الابن/الأخ سن ٢٦ سنة للحاصل على مؤهل الليسانس أو البكالوريوس وغير عاجز عن الكسب.
	بلوغ الابن/الأخ الطالب سن ٢٦ سنة وغير عاجز عن الكسب.
	التحاق الابن /الأخ بعمل داخل البلاد أو خارجها أو مزاولته مهنة أو قيده بنقابة مهنية.
	زوال حالة العجز للابن /الأخ العاجز عن الكسب.
	الحصول على معاش آخر طبقاً لأحكام المادة ١٠٢ من قانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩
	أسباب خفض المعاش أو إيقاف صرفه
	التحاق كل من الفئات التالية بعمل أو مزاوله مهنة: ▪ الابن أو الأخ الأقل من ٢١ سنة. ▪ الابن أو الأخ المستحق للمعاش للعجز عن الكسب. ▪ الابنة أو الأخت. ▪ الوالد أو الوالدة.

الرقم التأميني

نموذج تسجيل حالات المعاشات الخاصة على أنظمة الحاسب الآلي

أولاً : البيانات الأساسية لصاحب المعاش :

الاسم	القانون المعامل به	قيمة المعاش دون زيادات		
تاريخ الميلاد	جهة العمل	إعانة الغلاء		
تاريخ التعيين	سبب انتهاء الخدمة	قيمة المعاش الاستثنائي		
تاريخ انتهاء الخدمة	أجر التسوية	تاريخ ورقم قرار الاستثنائي	/	/
تاريخ الوفاة	مدة الاشتراك	جملة المعاش في ٢٠٢٠/١/١	/	/

ثانياً : بيانات المستفيدين :

م	الاسم	الرقم القومي	الصفة	النصيب المستحق	قيمة المعاش	تاريخ الاستحقاق	هل يوجد معاش آخر؟	بيانات العجز		بيان الدخل
								المدة	ت. الجلسة	
						/ /			/ /	
						/ /			/ /	
						/ /			/ /	

ثالثاً : بيانات القائم بالصرف :

م	الاسم	الرقم القومي	جهة الصرف	الحساب الجاري

رابعاً : بيانات الاستقطاعات :

م	نوع الاستقطاع	القيمة	الجهة	الموظف المختص	المراجع



نموذج رقم (٣٦)

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

إقرار بحدوث تغيير

في شروط استحقاق المعاش

أقر أنا الموقع أدناه/ بصفتي
المستحق في معاش السيد/ بأنه قد حدث تغيير في شرط من
شروط الاستحقاق الخاصة بي يؤدي إلى (قطع / إيقاف / خفض) المعاش المستحق لي وفقاً
للآتي:

- التحقت بعمل.
- زاولت نشاط أو مهنة.
- تزوجت.
- بلغت (٢٦ / ٢٤ / ٢١).
- حصلت على معاش آخر.

وهذا إقرار مني بذلك ،،

تحريراً في: / / ٢٠

مقدمه

الاسم: _____
التوقيع: _____
الرقم القومي: _____
الرقم التأميني: _____
رقم التليفون: _____
العنوان: _____

تم التوقيع أمامي

اسم الموظف المختص: _____
الوظيفة: _____
التوقيع: _____
التاريخ: _____



الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

طلب صرف المعاش بالتوكيل**ينتهي في ٢٠ / /**

أقر أنا الموقع أدناه أنني وكلت في
صرف المعاش الدوري من جهة الصرف والمستحق من الهيئة، وصرف الشيكات المستحقة والخاصة
بمتجمدات المعاش.
ويعتبر هذا التوكيل لاغي بعد مرور ثلاث سنوات من تاريخ تحريره ما لم يتم تجديده مني
شخصياً.

البيانات	بيانات الوكيل	بيانات الموكل
الاسم		
الرقم القومي		
التوقيع		
التاريخ		

تحريراً في: ٢٠ / /

مقدمه**تم التوقيع أمامي**

الاسم:

التوقيع:

الرقم القومي:

الرقم التأميني:

رقم التليفون:

العنوان:

اسم الموظف المختص: _____

الوظيفة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

لا يحزر هذا النموذج إلا بحضور طرفي التوكيل، واعتماد توقيعهما من الهيئة.

خاتم شعار
الجمهورية

بيانات التجديدات خلف النموذج

بيانات التجديد

جدد في / / .

توقيع الموكل:.....

توقيع الموظف المختص:.....

توقيع المدير:.....

جدد في / / .

توقيع الموكل:.....

توقيع الموظف المختص:.....

توقيع المدير:.....

جدد في / / .

توقيع الموكل:.....

توقيع الموظف المختص:.....

توقيع المدير:.....

جدد في / / .

توقيع الموكل:.....

توقيع الموظف المختص:.....

توقيع المدير:.....

جدد في / / .

توقيع الموكل:.....

توقيع الموظف المختص:.....

توقيع المدير:.....



نموذج رقم (٢٨)

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

إقرار

بإستمرار التوكيل

أقرر أنا السيد / (الموكل) والذي
أحصل على معاش من الهيئة بصفتي بأن التوكيل الذي يصرف به معاشي
للسيد / (الوكيل) ما زال ساريا حتى تاريخه وأتعهد بإبلاغ
الهيئة في حالة حدوث أي تغيير.

وهذا إقرار مني بذلك ،،

تحريراً في: / / ٢٠

مقدمه

الاسم: _____
التوقيع: _____
الرقم القومي: _____
الرقم التأميني: _____
رقم التليفون: _____
العنوان: _____

تم التوقيع أمامي

اسم الموظف المختص: _____
الوظيفة: _____
التوقيع: _____
التاريخ: _____

بيان بالعاملين في عملية المقاول

اسم المنشأة: رقم المنشأة:

بيان بعمال المقاولات بعملية /

المشارك عنها برقم / بمكتب /

م	الاسم	الرقم التأميني	الرقم القومي (١٤ رقم)	المهنة

أقر بأن العاملين الموضحة اسمائهم ومهنتهم بعاليه ضمن العمالة التي قامت بتنفيذ الأعمال
المسندة إلينا بالعملية المذكورة خلال شهر / / ٢٠.

اعتماد المقاول

الاسم:

الرقم التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

العنوان:

رقم التليفون:

تحريراً في: / / ٢٠



طلب

اشتراك مؤمن عليه من أصحاب الأجور الحكيمة طبقاً للقانون ١٤٨ لسنة ٢٠١٩

الفئة : ☐ ١ عامل (مقاولات - شحن وتفريغ - محاجر - ملاحات) ☐ ٢ عامل نقل بري ☐ ٣ عامل صيد ☐ ٤ عامل مخازن بلدية ☐

بيانات المؤمن عليه

اسم المؤمن عليه: الرقم التأميني:
 الرقم القومي:
 الحالة الاجتماعية: كود القطاع:
 المهنة: كود المهنة: مستوى المهارة:
 درجة الترخيص: رقم الرخصة: تاريخ إصدارها:
 جهة إصدارها: تاريخ انتهاء الترخيص:
 تاريخ بدء الاشتراك:
 * أجر الاشتراك :

قرش	جنيه

 بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: نسبة العجز: %
 توقيع المؤمن عليه:

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

العنوان :
 عقار رقم : شارع / حارة:
 شياخة / قرية : قسم / مركز:
 محافظة : رقم المحمول أو التليفون الأرضي:
 تاريخ تحرير طلب الاشتراك: / /
 توقيع المؤمن عليه

البيان	مستلم الطلب	المراجع	سجل آلياً بمعرفة	رجوع آلياً بمعرفة
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة: على العامل الاطلاع على الإرشادات الموضحة خلف النموذج مع التوقيع على الإقرار.

(أنظر خلفه)

إرشادات

١. يتم إرفاق صورة من شهادة قياس المهارة الصادرة عن مكتب القوى العاملة لعامل المقاولات.
٢. يقر عامل المقاولات بتقديم الكشف الطبي الأولي لإثبات حالته الصحية ومدى لياقته لممارسة المهنة المطلوب الاشتراك عنها خلال شهر من تاريخ بدء الاشتراك.
٣. أقر أنا الموقع على هذا بالالتزام بموافاة مكتب الهيئة الذي تم الاشتراك به بتقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي عن حالتي الصحية خلال شهر على الأكثر من تاريخ بدء الاشتراك وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي غير ملتزمة بعرضه على اللجنة الطبية لإثبات عجزه وليس عليها أدنى التزام قانوني بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أياً كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الالتحاق بالعمل.

توقيع المؤمن عليه

()

٤. يتم إرفاق صورة من ترخيص القيادة الصادر من إدارة المرور المختصة .
٥. في حالة الترخيص لأول مرة، يتم إرفاق خطاب إدارة المرور المختصة، مع التعهد بتسليم صورة من رخصة القيادة فور استلامها من إدارة المرور .
٦. بالنسبة لعامل الصيد يتم إرفاق صورة من بطاقة الصيد الصادرة من مكاتب المصايد التابعة للهيئة العامة لتنمية الثروة السمكية وتطابق على الأصل بمعرفة الموظف المختص وتقرير طبي صادر من الجهة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي يفيد مدى لياقته الطبية لممارسة المهنة .
٧. يرفق بالنموذج لدى اشتراك المؤمن عليه لأول مرة بالهيئة صورة شهادة الميلاد المميكنة أو مستخرج رسمي من سجلات المواليد أو حكم قضائي يثبت السن أو صورة بطاقة الرقم القومي يتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص .
٨. التوقيع على هذه الاستمارة بما يفيد الاطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة بها ولا يجوز لمن وقع عليها أن يعارض في تلك البيانات أمام الهيئة وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء.

توقيع المؤمن عليه

()

- توقيع الموظف المختص بما يفيد التوقيع أمامه بالاسم الثلاثي والتوقيع.

الاسم:

التوقيع:

بيان بالعمالة المؤمن عليها بالمنشأة

اسم المنشأة: رقم المنشأة:

بيان بالعمالة المؤمن عليها بالمنشأة وتعمل بعملية /

المشارك عنها برقم / بمكتب /

م	الاسم	الرقم التأميني	الرقم القومي	المهنة	تاريخ الالتحاق	تاريخ الانتهاء

العمالة الموضحة أسمائهم ومهنتهم بعاليه كانت ضمن العمالة التي قامت بتنفيذ الأعمال المسندة إلينا بالعملية المذكورة خلال الفترة من: ٢٠ / / حتى: ٢٠ / /

صاحب العمل (المقاول)
جهة الإسناد

بيانات العمالة الموضحة عاليه صحيحة ومؤمن عليهم بالمنشأة رقم /
باسم / ولم يتم إدراج أيأ منهم في بيان مقدم عن عملية أخرى بخلاف هذه العملية خلال الفترة المقدم عنها هذا البيان ورصيد المنشأة الحالي مدين / دائن بمبلغ جنيه.

اعتماد مدير المكتب

مدير الإدارة

الرئيس المباشر

توقيع المختص

.....

.....

.....

.....

إِخْطَارُ عَنْ عَمَلِيَّةِ مَقَاوِلَةٍ

الرقم التأميني للمقاول:.....كود نوعيه الرقم:.....اسم المقاول:.....

[illegible]

رقم منشأة المقاول: اسم المقاول: مكتب التأمينات التابع له المنشأة:

رقم التسجيل الضريبي للمنشأة: / /

رقم منشأة جهة الإسناد كود نوعيه الرقم اسم جهة الإسناد:

..... نوع العملية :

اسم العملية:

بيانات مستند الإسناد:

نوع المستند : الرقم :

تاريخ المستند: / / تاريخ البدء: / / تاريخ الانتهاء: / /

نسبة الأجور:.....% القيمة المبدئية (الكلية) للعملية: قرش جنيه فقط

..... عنوان العملية عقار رقم : شارع / حارة :

.....: شياخة قسم / مركز محافظة:

هل تحتوي العملية على بنود: نعم / لا

التوقيع

.....

تاريخ ورقم الوارد لمكتب الهيئة: / /

نسبة العمالة المقررة..... % من الجدول رقم (٨) المرافق للأئحة التنفيذية.

نسبة الاشتراك.....% قيمة الأجر إلى فئة الاشتراك : قرش جنيه

عدد شهور التنفيذ قيمة الاشتراكات المستحقة:

أعد بمعرفة روجع: يعتمد:

تسلم صورة من هذا الإخطار لصاحب العمل مدوناً بها نسبة الأجور المحددة بمعرفة مكتب الهيئة.

(توقيع المقاول أو وكيله بالاستلام والعلم بنسبة الأجور) تاريخ التوقيع بالعلم

$$2. \quad / \quad / \quad (\quad)$$

إرسال خطاب مسجل بعلم الوصول صادر برقم بتاريخ ٢٠ / /

(أَنْظِرْ خَلْفَهُ)

إرشادات

في حالة عدم وجود نسبة أجور للعملية المعروضة على الهيئة بالجدول رقم (٨) المرافق للائحة التنفيذية للقانون يتبع الآتي:

- ١- تحديد نسبة أجور بصفة مؤقتة استرشاداً لأقرب عملية مشابهة بالجدول وإخطار المقاول بها.
- ٢- اتخاذ إجراءات عرض العملية على اللجنة الفنية خلال خمسة عشر يوماً على الأكثر من تاريخ إخطار المقاول.
- ٣- إخطار المقاول بقرار اللجنة بتحديد النسبة خلال خمسة عشر يوماً من تاريخ تحديدها.

إرشادات

١. تصدر الشهادة بناءً على خطاب موجه من إدارة المرور المختصة يفيد بدء الترخيص ونهايته.
٢. يدرج السداد على الشهادة حتى نهاية السنة المالية الصادر خلالها الترخيص على أن يحدد تاريخ انتهاء الشهادة بنهاية سريان رخصة القيادة.
٣. يتم تسجيل كافة شهادات عمال النقل البري بسجل إصدار الشهادات ويوقع عامل النقل البري باستلامها.

إرشادات

ينهي اشتراك السيارة في الحالات التالية:

١. نقل ملكية السيارة للغير بموجب شهادة تفيد نقل الملكية معتمدة من إدارة المرور المختصة وفي هذه الحالة يتعين اتخاذ كافة الإجراءات القانونية نحو إخضاع صاحب العمل الجديد للاشتراك عن السيارة.
٢. تكهين السيارة أو بيعها خردة بموجب فواتير موثقة أو بموجب خطاب من إدارة المرور المختصة.
٣. سرقة السيارة ويثبت ذلك بموجب خطاب صادر من إدارة المرور موضحاً به تاريخ سرقتها ويتم إنهاء الاشتراك اعتباراً من ذلك التاريخ.
٤. إحلال سيارة جديدة محل السيارة القديمة طبقاً لقانون المرور بعد إجراء التسويات اللازمة على أن يدرج رقم المنشأة القديمة ببيانات المنشأة الجديدة.
٥. مصادرة السيارة بموجب حكم قضائي نهائي اعتباراً من تاريخ المصادرة.
٦. تسليم لوحات السيارة لإدارة المرور المختصة ويثبت ذلك بموجب شهادة صادرة من إدارة المرور.
٧. القبض على السيارة أو التحفظ عليها أو فقدانها أو احتراقها ويثبت ذلك بشهادة صادرة من إدارة المرور.
٨. نهاية آخر ترخيص للسيارة ويثبت ذلك بخطاب صادر من إدارة المرور المختصة بشرط عدم ضبطها.
٩. إلغاء تصريح تشغيل المركبة أو وسيلة النقل الجماعي التي تعمل ضمن منظومة النقل البري للركاب باستخدام تكنولوجيا المعلومات.

مسلسل رقم:

تاريخ تحرير الشهادة: / /

شهادة

بساد اشتراكات التأمين الاجتماعي

تطبيقاً لأحكام المادة (١٣٦) من قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩ يشهد مكتب الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي بأن صاحب العمل:

السيد /
وعنوانه /
ونوع نشاطه /
مشترك بالهيئة برقم /
وذلك عن:

١- العاملين لديه البالغ عددهم العاملين بـ:

- العملية:
- المقاول:
- المسند من:
- ومقرها:
- وطبيعتها:
- قيمة (ختامي / جاري ---) الأعمال: فقط جنيهاً ولا يجوز لجهة الإسناد صرف مبالغ تزيد عن هذه القيمة.

٢- العاملين على السيارة رقم:
ونوعها:
ورقم الشاسيه:
وهم السيد /
ومهنته: ورقمه التأميني:

٣- العاملين على مركب الصيد رقم: درجة:
والصادر لها الترخيص رقم:
وقد سدد الاشتراك المستحق للهيئة وقدره: فقط:
بالإيصال رقم: بتاريخ: / /
وذلك عن المدة من: / / إلى: / /
وتعتبر هذه الشهادة سارية المفعول لمدة: ----- تنتهي في: / /

اعتماد مدير المكتب

مدير الإدارة

روجعت بمعرفة

حررت بمعرفة

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

..... السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم بإعطائي بيان عن حالتي التأمينية لتقديمها إلى /

وقد تم سداد الرسم المقدّر بمبلغ عشرة جنيهات بالإيصال رقم

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

تحریراً فی: / / ۲۰

مقدمه لسیادتکم

الاسم:

.....: التوقيع:

[illegible][illegible]

.....: العنوان

رقم التليفون :

طلب تسجيل رقم تأميني

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التفضل بتسجيل رقم تأميني ومرفق لسيادتكم صورة من شهادة ميلاد وبطاقة الرقم القومي.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

الاسم:

التوقيع:

الرقم التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم التليفون :

طلب تعديل عنوان / رقم تليفون صاحب معاش أو مستفيد

السيد مدير مكتب :

أرجو التفضل بتعديل جهة صرف المعاش الخاصة بي على النحو التالي:

.....: **جهة صرف المعاش**

رقم الحساب البنكي (I BAN):

[illegible]

رقم کارت میز:

[illegible]

رقم المحفظة الإلكترونية:

[illegible]

واتعهد بالإبلاغ بكل تغيير في أسلوب الاستحقاق يؤدي إلي قطع المعاش أو وقفه أو خفضه خلال شهر علي الأكثر من تاريخ التغيير

وهذا إقرار مني بذلك،،

تحريراً في: / / ٢٠

مقدمہ لسیادتکم

الاسم:

.....: التوقيع:

[illegible][illegible]

رقم التليفون :

إرشادات

• المرفقات:

- يقدم صورة بطاقة الرقم القومى.
- بالإضافة إلى المستندات الآتية بحسب الأحوال:
 - ✓ موافقة البنك على إيقاف التحويل في حالة أن جهة الصرف الحالية أحد البنوك.
 - ✓ أصل موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري.
 - ✓ خطاب من البنك بالموافقة على تحويل المعاش على بطاقة ميزة.
 - ✓ خطاب من البنك بالموافقة على تحويل المعاش على المحفظة الإلكترونية.
 - ✓ خطاب من شركة الاتصالات بالموافقة على تحويل المعاش على المحفظة الالكترونية.
 - ✓ خطاب من البريد بالموافقة على تحويل المعاش على بطاقة ميزة.
 - ✓ أصل موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري.

--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

..... السيد مدير مكتب :

أرجو إعادة صرف المعاش المستحق لي عن السيد: _____ بصفتي: _____

والسابق ايقافه بسبب :

وفي حالة استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلي قيامي بصرف أية مبالغ دون وجه حق أكون مسؤولاً جنائياً ومادياً عن صرف هذه المبالغ ،

واتعهد بالإبلاغ بكل تغيير في أسلوب الاستحقاق يؤدي إلي قطع المعاش أو وقفه أو خفضه خلال شهر علي الأكثر من تاريخ التغيير

وهذا إقرار مني بذلك،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمہ لسیادتکم

..... الاسم:

.....: التوقيع:

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

رقم التليفون :

تم التوقيع أمامي

اسم الموظف المختص: _____

الوظيفة : _____

التوقيع : _____

التاريخ: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني

رقم الملف

[illegible]

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

طلب تغيير القائم بصرف المعاش

..... السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

حيث يصرف المعاش المستحق لي باسم السيد: _____ وصفته: _____

أرجو تغيير صرف المعاش باسمي / باسم السيد: _____ وصفته: _____

وفي حالة استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلي قيامي بصرف أية مبالغ دون وجه حق أكون مسؤولاً جنائياً ومادياً عن

صرف هذه المبالغ ،

واتعهد بالإبلاغ بكل تغيير في أسلوب الاستحقاق يؤدي إلي قطع المعاش أو وقفه أو خفضه خلال شهر علي الأكثر من

تاريخ التغير

وهذا إقرار مني بذلك،،

مقدمہ لسیادتکم

تحریراً فی : / / ۲۰

..... الاسم:

.....:التوقيع

[illegible][illegible]

رقم التليفون :

تم التوقيع أمامي

اسم الموظف المختص: _____

الوظيفة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

ارشادات

أولاً: المرفقات:

- يقدم الوكيل صورة من التوكيل العام بعد المطابقة على الأصل أو أصل التوكيل الخاص أو أصل توكيل السجن
- يقدم الوصي صورة من قرار الوصاية بعد مطابقتها على الأصل
- يقدم القيم صورة من قرار القوامة بعد مطابقتها على الأصل

ثانياً:

- في حاله رغبه القائم بالصرف الجديد في تعديل جهة الصرف يرفق طلب تعديل جهة الصرف

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

اقرأ أنا: (ابن / أخ / بنت / أخت / والد / والدة) المرحوم /

و(مقيد / غير مقيد) بإحدى النقابات المهنية.

و (أحصل / لا أحصل) على معاش آخر.

وفي حالة استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلى قيامي بصرف أية مبالغ دون وجه حق أكون مسؤولاً جنائياً ومادياً عن صرف هذه المبالغ، وأتعهد بالإبلاغ بكل تغيير في أسلوب الاستحقاق يؤدي إلى قطع المعاش أو وقفه أو خفضه خلال شهر على الأكثر من تاريخ التغيير

- بيانات تستوفي في حالة الحصول على معاش آخر:

جهة ربط المعاش الآخر _____ رقم الملف _____

عن السيد _____ وصفته _____ ورقمه التأميني _____

وهذا إقرار مني بذلك،،

تحریراً فی : / / ۲۰

مقدمه لسیادتکم

الاسم:

التوقيع:

[illegible][illegible]

رقم التليفون :

تم التوقيع أمامي

اسم الموظف المختص: _____

الوظيفة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

إرشادات

في حالة الحصول على معاش آخر يراعي ما يلي:

- إذا كان المعاش يتبع الهيئة يستوفى رقم الملف أو الرقم التأميني فقط بالنموذج
- وفي حالة الحصول على المعاش الآخر من إدارة التأمين والمعاشات بالقوات المسلحة أو إدارة معاشات ضباط الشرطة يقدم بيان معاش معتمد

بخاتم شعار الجمهورية

وفي حالة القيد بإحدى النقابات المهنية يستوفى بيان القيد من النقابة موضحاً به الجدول المقيّد به وتاريخ القيد

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

إقرار بعدم زواج البنت أو الأخت منذ الطلاق أو الترمول وحتى تاريخ تقديم طلب الصرف

بأنني لم أتزوج منذ (ترملي / طلاقي) بتاريخ / / ٢٠ وحتي تاريخه.

واتعهد بالإبلاغ بكل تغيير في أسلوب الاستحقاق يؤدي إلي قطع المعاش أو وقفه أو خفضه خلال شهر علي الأكثر من تاريخ التغيير.

وهذا إقرار مني بذلك،،

مقدمہ لسیادتکم

تحریراً فی : / / ۲۰

الاسم:

.....:التوقيع

--	--	--	--	--	--	--	--

 الرقم التأميني:[illegible]

رقم التليفون :

تم التوقيع أمامي

اسم الموظف المختص: _____

الوظيفة: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____



الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

إقرار بعدم الحصول على أي دخول أخرى بخلاف المدونة بالنموذج رقم (٢٩)

أقر أنا / : (أخ / أخت) المرحوم /

بأنه لا يوجد أية دخول أخرى بخلاف المدونة بنموذج () والمبينة تفصيلاً بهذا الإقرار ،
وفي حالة استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلي قيامي بصرف مبالغ دون وجه حق أكون مسؤولاً جنائياً ومادياً عن
سرف هذه المبالغ.

معاش من أي جهة.	☐	دخل من العمل لدى الغير.	☐
دخل من ودائع لدى البنوك.	☐	دخل من مزاولة مهنة أو نشاط مستقل.	☐
دخل من عقار.	☐	دخل من أرض زراعية.	☐
		أي دخول أخرى.	☐

• يراعي الإجابة (بنعم) أو (لا) أمام كل بند .

وهذا إقرار مني بذلك ،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

الاسم:

التوقيع:

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

رقم التليفون :

تم التوقيع أمامي

اسم الموظف المختص :

الوظيفة :

التوقيع :

التاريخ :

إرشادات

في حالة الحصول على معاش آخر يراعي ما يلي:

- إذا كان المعاش يتبع الهيئة يستوفى رقم الملف أو الرقم التأميني فقط بالنموذج
- وفي حالة الحصول على المعاش الآخر من من ادارة التأمين والمعاشات بالقوات المسلحة أو ادارة معاشات ضباط الشرطة يقدم بيان معاش

معتمد بخاتم شعار الجمهورية

وفي حالة القيد بإحدى النقابات المهنية يستوفى بيان القيد من النقابة موضحاً به الجدول المقيّد به وتاريخ القيد

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم الملف

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

طلب مراجعة حساب الحقوق التأمينية

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم بمراجعة الحقوق التأمينية الخاصة بي وصفتي صاحب معاش / المستحق عن

السيد : وصفته:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ الإخطار بالحقوق التأمينية:

سبب طلب المراجعة :

.....

.....

.....

وهذا إقرار مني بذلك ،،

• تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

الاسم:

التوقيع:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

رقم التليفون :

إرشادات:

- **يرفق بالطلب :**

- ✓ صورة بطاقة الرقم القومي لمقدم الطلب.
- ✓ أي مستندات أخرى مؤيدة للطلب إن وجد

--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني

رقم الملف

[illegible]

الرقم القومي

طلب صرف مبالغ مستحقة

..... السيد مدير مكتب :

أرجو التكرم بصرف المبالغ المستحقة لى والمتمثلة في،

‘

معاش مرتد

۳

نفقة شرعية

٢

مبالغ موقوفة أو معلاه

1

المبالغ المطلوب صرفها عن الفترة: من

--	--	--	--	--

 إلى

--	--	--	--	--

وهذا إقرار مني بذلك،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسیادتکم

..... الاسم:

.....:التوقيع

--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم التأميني:

[illegible]

الرقم القومي:

رقم التليفون :

ملحوظة: على صاحب الشأن تقديم المستندات المطلوبة لزوال سبب الإيقاف



نموذج استخراج البطاقة العلاجية



طلب تحويل للكشف الطبي لإثبات حالة العجز (مرضي / إصابي)

اسم المنشأة:		رقم المنشأة:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																				
عنوان المنشأة:																																							
اسم العامل																																							
المصاب/المريض:	الرقم التأميني: <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																						
الرقم القومي:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																						
العنوان:																																							
المهنة:	 المستوى المهاري:																																						
مدى الخضوع																																							
لكشف طبي دوري	سبب الإحالة للجنة العجز																																						
<table border="1"><tr><td>لا</td><td>نعم</td></tr></table>																				لا	نعم																		
لا	نعم																																						
ملخص تقرير لجنة الكشف الطبي الدوري:																																							
.....																																							

إقرار

أقر بصحة البيانات الواردة بعاليه وبمسؤوليتي في حالة عدم ثبوت صحتها.

خاتم المنشأة
توقيع المدير المسئول

السيد الدكتور/ مدير:

تحية طيبة وبعد،،،

نرجو توقيع الكشف الطبي على المؤمن عليه الموضح بياناته بعالية وموافاتنا بالنتيجة.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

تحريراً في: ٢٠ / / خاتم شعار الجمهورية مدير المكتب

إرشادات

- ١- يرفق تقرير من صاحب العمل يبين ما يلي:
 - أ- بيان طبيعة عمل المصاب واختصاصاته وتاريخ بدء مزاولته العمل ومستوى أدائه.
 - ب- بيان ما كلف به من عمل إضافي وطبيعته والمدة المحددة لأدائه وما تم إنجازه فيها وعما إذا كانت تؤدي في ساعات العمل الأصلية أو الإضافية وتدعم ذلك بالمستندات .
 - ٢- يقدم النموذج من المؤمن عليه أو المدير المسؤول بالمنشأة إلى منطقة أو مكتب التأمين الاجتماعي المختص.
 - ٣- يحرر النموذج من أصل وصورة مرفقاً به المستندات الطبية اللازمة للعرض على اللجنة الطبية (تقارير طبية- أشعات- تحاليل - إلخ) ويراعى في استيفاء بياناته الآتي:
 - أ- يقصد بالمهنة: المهنة التي يشغلها المؤمن عليه في تاريخ تقديم الطلب.
 - ب- يقصد بمستوى المهارة: درجة المهارة في المهنة.
 - ٤- يدرج في الخانة المخصصة لسبب الإحالة إلى لجنة العجز أي من الأسباب الآتية:
 - أ- إثبات عجز مرضي مستديم .
 - ب- إثبات عجز إصابي مستديم وتحديد نسبته .
 - ج- إعادة فحص.
 - د- تكرار إصابة.
 - ٥- يرفق بالنموذج بيان معتمد من الجهة الطبية المنوط بها الكشف الدوري وذلك بالنسبة للمؤمن عليهم الذين يخضعون لكشف طبي دوري يحدد مدى صلاحيتهم لمزاولة المهنة أو المستوى المهاري لمزاولتها وعلى الأخص الفئات الآتية:
 - أ- السائقون العاملون بالحكومة أو الهيئات العامة أو/ القطاع العام أو الأعمال العام أو القطاع الخاص .
 - ب- السائقون المهنيون .
 - ج- المؤمن عليهم المعرضون للإصابة بأحد الأمراض المهنية الذين يزاولون أحد الأعمال الواردة بجدول أمراض المهنة رقم (١) المرفق بقانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات الصادر بالقانون رقم ١٤٨ لسنة ٢٠١٩.
- على أن يوضح بالتقرير ما يلي:
- أ- عدم الصلاحية لمزاولة المهنة بأي مستوى من مستوياتها المهنية.
- أو عدم الصلاحية لمزاولة المهنة مع إمكان قيام المؤمن عليه بمزاولة المهنة بمستوى مهاري أدنى.



طلب العرض على اللجنة الخماسية

مقدم الطلب : ☐ ١ مؤمن عليه ☐ ٢ صاحب العمل ☐

اسم المؤمن عليه : ☐

الرقم التأميني: ☐

اسم المنشأة: ☐ رقم المنشأة: ☐

الرقم القومي: ☐

المهنة: ☐

تاريخ بداية الاشتراك: ☐

تاريخ ثبوت العجز: ☐

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

اسم المؤمن عليه/المدير المسئول:

التوقيع:

الرقم القومي: ☐

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني:

ملحوظة: على المؤمن عليه الاطلاع على التوجيهات الموضحة خلف النموذج مع التوقيع على الإقرار.

(أنظر خلفه)

إرشادات

إذا قررت اللجنة الطبية المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي ثبوت عجز المؤمن عليه عجزاً جزئياً مستديماً يحول بينه وبين أداء عمله الأصلي، ولم يكن لدى صاحب العمل عمل آخر يناسب حالة المؤمن عليه التزم صاحب العمل بطلب عرض المؤمن عليه على اللجنة المشار إليها.

مواعيد طلب العرض على اللجنة الخامسة:

- يلتزم صاحب العمل بطلب عرض المؤمن عليه على اللجنة المشار إليها خلال شهر من تاريخ إخطاره بثبوت عجز المؤمن عليه بمعرفة اللجنة الطبية، ويعتبر سكوت صاحب العمل عن طلب عرض المؤمن عليه على اللجنة خلال هذا الميعاد إقراراً منه بوجود عمل آخر لديه يناسب حالة المؤمن عليه.
- ويكون الحق للمؤمن عليه بطلب عرضه على اللجنة المشار إليها خلال شهرين من تاريخ علمه بقرار اللجنة الطبية، ويعتبر سكوته عن طلب العرض على اللجنة خلال هذا الميعاد إقراراً منه بقبول العمل الآخر.



طلب صرف تعويض الأجر (إصابي / مرضي) السابق صرفه نيابة عن الهيئة

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم المنشأة :

اسم المنشأة : وعنوانها :

برجاء التكرم بالموافقة علي (صرف قيمة / عمل مقاصة بقيمة) تعويض الأجر (إصابي - مرضي) السابق صرفه نيابة عن الهيئة بموجب قرار رئيس الهيئة رقم () لسنة بإجمالي (مبلغ جنيهاً، فقط مبلغ جنيه مصري لاغير)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

عن الفترة من: إلى

رقم التسجيل الضريبي:

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

اسم المدير المسئول:

التوقيع:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي:

رقم التليفون:

البريد الإلكتروني:

- يرفق المستندات الدالة على الصرف مع الطلب.

طلب تخفيض اشتراكات التأمين الاجتماعي (إصابى / مرضى)

--	--	--	--	--	--	--	--

رقم المنشأة :

اسم المنشأة : وعنوانها :

--	--	--	--	--	--	--	--

رقم التسجيل الضريبى :

برجاء التكرم بالموافقة علي تخفيض نسبة الاشتراكات في تأمين (إصابات العمل - تأمين المرض) وذلك مقابل (العلاج والرعاية الطبية - الحقوق المالية).

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

اسم المدير المسئول :

التوقيع :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

الرقم القومي :

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني :

• يرفق القرار الصادر من الهيئة المعنية بالتأمين الصحي

طلب التظلم من قرار لجنة الإجهاد والإرهاق من العمل

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم بإتخاذ إجراءات عرضي على اللجنة المختصة للتظلم من قرار لجنة الإجهاد والإرهاق من العمل،
وذلك للتظلم من قرار اللجنة رقم () بتاريخ / / ٢٠.

رقم المنشأة : القطاع :

اسم المنشأة : وعنوانها :

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

اسم المؤمن عليه :

المهنة :

الرقم القومي :

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني :

التوقيع :

رقم الملف

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

طلب صرف إعانة عجز

السيد مدير مكتب :

تحيه طيبه وبعد ،،

أرجو التكرم بعرضي على اللجنة المختصة بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي نظراً لإحتياجي للمعاونة الدائمة من شخص آخر لعدم القدرة بالقيام بأعباء الحياة اليومية.

اسم صاحب الشأن : وعنوانه :

..... الحالة الاجتماعية :

تاريخ ثبوت العجز الكامل لصاحب المعاش :

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريراً في: / / ٢٠

مقدمہ لسیادتکم

اسم مقدم الطلب:

.....: صفة مقدم الطلب

[illegible]

.....: رقم التليفون

.....: البريد الإلكتروني

.....:التوقيع:

طلب إعادة النظر في قرار لجنة العجز على صرف إعانة عجز

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات عرضي على لجنة التحكيم الطبي للتظلم من قرار لجنة العجز على صرف إعانة العجز نظراً لاحتياجي للمعاونة الدائمة من شخص آخر لعدم القدرة بالقيام بأعباء الحياة اليومية.

اسم صاحب الشأن : وعنوانه :

..... الحالة الاجتماعية :

تاريخ ثبوت العجز الكامل لصاحب المعاش :

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحریراً فی : / / ۲۰

مقدمه لسیادتکم

اسم مقدم الطلب:

..... صفة مقدم الطلب:

[illegible]

رقم التليفون :

.....: البريد الإلكتروني

.....:التوقيع

اسم صاحب المعاش:

طلب العرض على لجنة فحص المنازعات (الأبن / الأخ العاجن)

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات عرضي على اللجنة المختصة بفحص المنازعات للتظلم من قرار لجنة العجز بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي .

تاريخ لجنة التحكيم الطبي:

تاريخ العلم بالقرار :

أسباب تقديم الطلب:

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريراً في: / / ٢٠

مقدمه لسیادتکم

اسم مقدم الطلب:

.....: صفة مقدم الطلب

[illegible]

.....: رقم التليفون

.....: البريد الإلكتروني

.....: التوقيع:

طلب اعتراض على النسبة المقدرة من عملية مقالة

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات العرض على اللجنة الفنية بفحص اعمال المقاولات للتظلم من النسبة المقدرة لعملية المقالة باسم:.....نوع العملية:.....

عنوان العملية : برقم :

نوع مستند الإسناد : رقم المستند :

تاريخ المستند :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ البدء :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ الانتهاء :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

تاريخ العلم بالقرار :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم التسجيل الضريبي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

أسباب تقديم الطلب :

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

اسم مقدم الطلب:

صفة مقدم الطلب:

الرقم القومي:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني:

التوقيع:

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض

طلب اعتراض على قرار اللجنة الفنية للمقاولات (فحص المنازعات)

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات العرض على اللجنة العليا للمقاولات (فحص المنازعات) للتظلم من النسبة المقدرة

عملية المقابلة باسم:..... نوع العملية:.....

عنوان العملية: برقم:

نوع مستند الإسناد : رقم المستند :

تاريخ المستند :

تاريخ البدء :

تاريخ الانتهاء :

تاريخ العلم بقرار اللجنة الفنية للمقاولات:

رقم التسجيل الضريبي:

--	--	--

--	--	--	--

--	--	--

..... أسباب تقديم الطلب :

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحریراً فی : / / ۲۰

مقدمه لسیادتکم

اسم مقدم الطلب:

.....: صفة مقدم الطلب

[illegible]

رقم التليفون :

.....: البريد الإلكتروني

.....: التوقيع:

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض

طلب العرض على لجنة فحص المنازعات

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات العرض على لجنة فحص المنازعات للتظلم من :

..... موضوع المنازعة بإيجاز :

.....

تاريخ الطلب :

رقم التسجيل الضريبي:

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحريراً في: / / ٢٠

مقدمه لسیادتکم

اسم مقدم الطلب:

..... صفة مقدم الطلب:

[illegible]

رقم التليفون :

.....: البريد الإلكتروني

.....: التوقيع:

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض

طلب الترخيص بإنشاء جهاز تأمين اجتماعي

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات الترخيص بإنشاء جهاز تأمين اجتماعي، علماً بأن بيانات المنشأة كالآتي:

أسم المنشأة : رقم المنشأة :

--	--	--	--	--	--	--	--

عنوان المنشأة :

تاريخ بدء النشاط للمنشأة :

--	--	--	--

 /

--	--

 /

--	--

عدد العاملين بالمنشأة :

--	--	--	--	--	--

رقم التسجيل الضريبي :

--	--	--

 /

--	--	--	--

 /

--	--	--

أقر بأن جميع البيانات الخاصة السابقة صحيحة وأتعهد بالمسؤولية الكاملة في حال ثبوت عدم صحتها.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

اسم المدير المسئول :

الرقم القومي :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني :

التوقيع :

طلب التصالح في قيمة الجنحة رقم () لسنة ٢٠

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

برجاء التكرم بالموافقة علي التصالح في قيمة الجنحة رقم () لسنة جنح قسم / مركز

حيث أنني سددت كافة المبالغ المستحقة بقيمة () جنيه مصري ، فقط وقدره

..... لا غير)

تاريخ السداد :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم المنشأة :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

اسم المنشأة : وعنوانها :

رقم التسجيل الضريبي :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

تحريراً في : / / ٢٠

مقدمه لسيادتكم

اسم مقدم الطلب :

صفة مقدم الطلب :

الرقم القومي :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني :

التوقيع :

طلب رفع حجز رقم () لسنة ٢٠

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

برجاء التكرم بالموافقة علي رفع الحجز حيث أنني قمت بسداد كافة المبالغ الخاصة بالحجز بمبلغ
(جنية مصري ، مبلغ)

بتاريخ : / / وأنعهد بسداد أي رسوم أخرى تلزم لرفع الحجز

رقم المنشأة :

اسم المنشأة : وعنوانها :

رقم التسجيل الضريبي :

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

تحريراً في : ٢٠ / /

مقدمه لسيادتكم

اسم مقدم الطلب :

صفة مقدم الطلب :

الرقم القومي :

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني :

التوقيع :

طلب تعديل فئة دخل الاشتراك لصاحب العمل

رقم تأميني :

اسم صاحب العمل :

الرقم القومي :

رقم التسجيل الضريبي :

البيانات الحالية المراد تعديلها

اسم المنشأة : رقم المنشأة :

تاريخ بدء الاشتراك :

أجر / دخل الاشتراك بالحروف :

البيانات المعدلة

تاريخ بدء الاشتراك :

أجر / دخل الاشتراك بالحروف :

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

اسم مقدم الطلب :

صفة مقدم الطلب :

الرقم القومي :

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني :

التوقيع :

• يرفق بالطلب المستندات المؤيدة للتغيير المطلوب.

طلب تقسيط مبالغ مستحقة

١	مؤمن عليه	
٢	صاحب عمل	
الرقم التأميني : قطاع		
الاسم :		
الرقم القومي :		
تاريخ طلب التقسيط : / /		
مدة التقسيط : (٥ سنوات / ١٠ سنوات / ١٥ سنة / حتى سن التقاعد)		
اسم المنشأة : رقم المنشأة		
رقم التسجيل الضريبي : / /		

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

اسم مقدم الطلب :

صفة مقدم الطلب :

الرقم القومي :

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني :

التوقيع :

طلب أداء القيمة الحالية للأقساط

١	مؤمن عليه	☐
٢	صاحب عمل	☐

الرقم التأميني : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ قطاع ☐

الاسم :

الرقم القومي : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

تاريخ طلب الأداء : ☐ ☐ ☐ ☐ / ☐ ☐ / ☐ ☐

اسم المنشأة : رقم المنشأة ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

رقم التسجيل الضريبي : ☐ ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐ / ☐ ☐ ☐

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

اسم مقدم الطلب:

صفة مقدم الطلب:

الرقم القومي: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

رقم التليفون :

البريد الإلكتروني:

التوقيع:

طلب تعديل بيانات مؤمن عليه

١	تغيير نوع مدة	٢	انتقال من فرع لأخر بالمنشأة	٣	تعديل المهنة
---	---------------	---	-----------------------------	---	--------------

رقم تأميني :

اسم المؤمن عليه :

الرقم القومي : رقم التسجيل الضريبي :

البيانات الحالية المراد تعديلها

اسم المنشأة : رقم المنشأة : المؤهل : كود المهنة : المسمى :تاريخ بدء الاشتراك :

نوع المدة	المسمى	كود الاشتراك	المسمى

البيانات المعدلة

(* يدرج البيان المراد تعديله فقط بهذا الجزء من النموذج)

اسم المنشأة المنقول إليها : رقم المنشأة المنقول إليها : المؤهل : كود المهنة : المسمى :تاريخ بدء الاشتراك :

نوع المدة	المسمى	كود الاشتراك	المسمى

روجعت بيانات هذا الطلب على طلبات اشتراك المؤمن عليهم ووجدت صحيحة،

تمت مطابقة التوقيع بمعرفتي

توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول

تحريراً في: ٢٠ / /

طلب إنهاء اشتراك منشأة

بيانات المنشأة

رقم المنشأة : مسمى : رقم التسجيل الضريبي للمنشأة عقار رقم : شارع/حارة شياخة/ قرية قسم/ مركز محافظة

بيانات صاحب العمل

الرقم التأميني : الرقم القومي : الاسم : تاريخ انتهاء الاشتراك : سبب انتهاء الاشتراك رقم المحمول أو التليفون الأرضي : البريد الإلكتروني :

إقرار صاحب العمل أو المدير المسئول

أقر بأن جميع البيانات بعاليه صحيحة.

توقيع المؤمن عليه / / ٢٠ توقيع المدير المسئول / / ٢٠.

خاتم
المنشأة

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي/

طلب عرض على لجنة بحث اعتراضات أصحاب الأعمال

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو التكرم باتخاذ إجراءات العرض على لجنة بحث اعتراضات أصحاب الأعمال للتظلم من:

سبب الاعتراض بإيجاز:

.....

.....

.....

.....

.....

بيانات المنشأةرقم المنشأة: مسمى:رقم التسجيل الضريبي للمنشأة: عقار رقم: شارع/حارة:شياخة/ قرية: قسم/ مركز: محافظة: **إقرار صاحب العمل أو المدير المسئول**خاتم
المنشأة

أقر بأن جميع البيانات بعاليه صحيحة.

توقيع المدير المسئول / / ٢٠.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

اسم مقدم الطلب:

صفة مقدم الطلب:

الرقم القومي:

رقم التليفون:

البريد الإلكتروني:

التوقيع:

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي/.....

ملحوظة: على مقدم الطلب إرفاق جميع المستندات المؤيدة لطلب الاعتراض

طلب إسترداد / تحويل الرصيد الدائن / تسوية بالخصم على حساب منشأة

١	تحويل الرصيد الدائن إلى منشأة مدينة	٢	تسوية بالخصم على حساب منشأة
٣	إسترداد المبالغ المسددة بالزيادة		
رقم تأميني : 			
اسم صاحب العمل :			
الرقم القومي : 			

بيانات المنشأة الدائنة

اسم المنشأة	: 	رقم المنشأة	:
رقم التسجيل الضريبي	: 	الرصيد الدائن بالحروف	:
الرصيد الدائن	: 	جنيته	

بيانات المنشأة المدينة

اسم المنشأة	: 	رقم المنشأة	:
رقم التسجيل الضريبي	: 	الرصيد المدين بالحروف	:
الرصيد المدين	: 	جنيته	

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

اسم مقدم الطلب	:
صفة مقدم الطلب	:
الرقم القومي	:
رقم التليفون	:
البريد الإلكتروني	:
التوقيع	: