



استمارة استرشاديه لجهة العمل
طلب ساعتني الراحة لذوي الإعاقة

رقم الطلب

أولاً. البيانات الشخصية لمقدم الطلب

الاسم الكامل			
الرقم الشخصي		الجنسية	
الهاتف النقال		الفاكس	
شقة	مبنى	طريق	
مجمع	المنطقة		

علاقته بذوي الإعاقة نفسه أقاربه (تذكر)
عدد الأشخاص ذوي الإعاقة في الأسرة

الاسم	الرقم الشخصي
1.	
2.	
3.	

ثانياً. المستندات المطلوبة

- 1- نسخة من البطاقة الذكية وجواز السفر لذو الإعاقة.
- 2- نسخة البطاقة التعريفية لذوي الإعاقة سارية المفعول.
- 3- نسخة من البطاقات الذكية وجوازات السفر لجميع الأفراد المقيمين مع ذو الإعاقة.
- 4- ملئ استمارة العرض على اللجان الطبية لرعاية ذوي الإعاقة.
- 5- تقرير طبي صادر من أحد المستشفيات الحكومية باعتماد الطبيب الاستشاري ولا يكون قد مضى على تاريخه 6 شهور.
- 6- نسخة من شهادة الميلاد لذو الإعاقة.
- 7- نسخة من قرار المحكمة بتولي رعاية الشخص ذو الإعاقة (إن وجد).
- 8- خطاب تحويل من جهة العمل متضمنا بيانات صاحب الطلب وذو الإعاقة الذي يرباه موضحا في عنوان البريد الإلكتروني المعتمد لجهة العمل وأرقام التواصل مع المعنيين بالموارد البشرية.
- 9- إقرار تحمل المسؤولية عن البيانات والمستندات المقدمة مع الطلب.



ثالثاً. شروط التقديم

- 1- أن يكون بحريني الجنسية أو من أبناء البحرينية المقيم إقامة دائمة في مملكة البحرين.
- 2- أن يكون ذو قرابة لذي الإعاقة من الدرجة الأولى (الأب، الأم، الابن، الابنة، الزوج، الزوجة، أب وأم الزوجة).
- 3- أن يكون هو القائم بشكل مباشر على رعاية ذو الإعاقة ولا يوجد شخص آخر يتولى رعايته.
- 4- تقديم تقرير طبي صادر من أحد المستشفيات الحكومية باعتماد الطبيب الاستشاري ولا يكون قد مضى على تاريخه 6 شهور.
- 5- ألا يكون ذو الإعاقة مقيماً في أحد الدور والمراكز الإيوائية بصورة دائمة.
- 6- أن يستفيد من القرار شخص واحد فقط حتى لو تعدد الأشخاص ذوي الإعاقة.
- 7- عدم الجمع بين ساعتني رعاية ذوي الإعاقة وأي ساعات أخرى تقرها القوانين.
- 8- الساعات المقررة لا تجمع ولا ترحل ولا يعوض عنها في جميع الأحوال.

رابعاً. ملاحظات هامة

- 1- تتولى جهة العمل التحقق من استيفاء الشروط والمستندات المطلوبة.
- 2- بعد المراجعة والتدقيق، واستيفاء جميع البيانات والشروط والمستندات يتم اعتماد الطلب بشكل رسمي برقم تسلسل وتاريخ معتمد.
- 3- يبدأ سريان الفترة القانونية المنصوص عليها للبيت في الطلب لكل جهة حسب اختصاصها حسب القرار رقم 80 لسنة 2018م بشأن شروط وضوابط منح ساعتني الراحة للموظف أو العامل من ذوي الإعاقة أو الذي يرعى شخص ذي إعاقة.
- 4- يتم اتخاذ الإجراءات الإدارية حسب الأنظمة والقوانين المتبعة .
- 5- يتم إشعار مقدم الطلب بالرد خلال فترة (5 أيام عمل) من تاريخ تسلم قرار اللجنة الطبية، ويمكنه الاستفسار عن الطلب بالتواصل مع الإدارة المختصة بجهة العمل.

خامساً. المرفقات

1. استمارة العرض على اللجان الطبية لرعاية ذوي الإعاقة.
2. إقرار تحمل المسؤولية عن البيانات والمستندات المقدمة مع الطلب.

	توقيع مقدم الطلب
	تاريخ تقديم الطلب

لاستعمال جهة العمل	
	الملاحظات
	تاريخ استيفاء جميع المستندات
	المسمى الوظيفي للموظف المسؤول عن تقديم الخدمة
	عنوان البريد الإلكتروني المعتمد
	أرقام الاتصال



إقرار وتعهد

للاستفادة من ساعتني الراحة لرعاية ذوي الإعاقة

اتعهد انا الموقع أدناه بأن كافة البيانات التي قمت بتدوينها في استمارات تقاضي ساعتني راحة لرعاية ذوي الإعاقة صحيحة وقانونية، وإنني مسؤول كاملاً عما ورد فيها سواء من الناحية القانونية او الإدارية، وما قد يترتب عليها من آثار في مواجهة جهة العمل أو الغير. كما إنني مسؤول عن الإبلاغ بأي معلومات يتم تغييرها مستقبلاً في هذه الشأن .

أسم مقدم الطلب :

التوقيع :

التاريخ :