

# جمعية نور المعرفة

لدعم وتنمية قدرات الطالب الفلسطيني



# دليل معايير الأقسام

## دليل للمستفيدين من أقسام وبرامج الجمعية

### دليل المعايير لقسم المساعدات:-

#### • معايير التسجيل لقسم المساعدات:

الهدف العام: تقديم المساعدات الإغاثية والطارئة والموسمية للحالات الفقيرة والمتضررة وتحقيق التكافل الأسري.

#### الأهداف الفرعية والأنشطة التفصيلية:

- تقديم المساعدات للأسر المحتاجة.
- تقديم المساعدات للأيتام.
- مساعدة طلاب الجامعات.
- تقديم مساعدات إغاثية وطارئة.
- مساعدة الطلبة المحتاجين.
- كفالة الأسر الفقيرة.
- تقديم المساعدات الموسمية للمحتاجين "مشاريع رمضان الخيرية، توزيع لحوم الأضاحي، كسوة الشتاء، الحقيبة المدرسية والزي المدرسي".
- مساعدات أخرى "المرضى بجزء من المواصلات، أرامل، مطلقات،.... الخ"
- مشاريع صغيرة إنتاجية.
- مساعدات طبية "أدوات مساعدة للمرضى مثل عكاز - ووكر - حفاظات للمسنين - كرسي متحرك"

#### شروط الحصول على المساعدة:

1. عدم وجود مصدر ثابت للدخل.
2. لا يقل عدد أفراد الأسر عن 5 أفراد.
3. الأرامل اللواتي لديهن أطفال.
4. العائلات التي فقدت أملاكها ومزارعها ومنازلها ضمن الانتفاضة الحالية.
5. المرضى.
6. طلاب الجامعات.



## معايير مركز أمان لتمكين الأيتام والمحتاجين

دليل المعايير لقسم الكفالات:-

### ☒ معايير التسجيل في قسم الكفالات

- 1- أن يكون الطفل يتيم الأب .
- 2- أن يكون عمر الطفل اليتيم أقل من 11 عاماً.
- 3- أن تكون الأوراق المطلوبة "المذكورة أدناه " كاملة ومستوفاة .
- 4-حضور الوصي عن اليتيم فقط للتسجيل.

### الأوراق المطلوبة للتسجيل :

1. صور شخصية للطفل عدد (2) مقاس صغير.
2. صورة طولية للطفل مقاس 9\*12 .
3. شهادة الوفاة الأصلية مع صورة عنها.
4. شهادة ميلاد الطفل الأصلية مع صورة عنها.
5. هوية الأم الأصلية مع صورة عنها .
6. شهادة المدرسة الأخيرة الأصلية التي حصل عليها الطفل و صورة عنها .
7. حجة الوصاية الأصلية أو وكالة في شئون الولاية محدثة مع صورة عنها .

نموذج تسجيل طفل محتاج:



## جمعية نور المعرفة

مركز أمان - قسم الكفالات

نموذج استبيان طفل محتاج

اسم الطفل: .....

مكان السكن: .....

رقم الملف: .....

تاريخ تعبئة الاستبيان: .....

عدد أفراد الأسرة: <input type="checkbox"/> ذكور <input type="checkbox"/> إناث <input type="checkbox"/> آخرون <input type="checkbox"/>					
الأولاد بالترتيب من الكبير إلى الصغير:					
م	الاسم	العمر	تاريخ الميلاد	السنة الدراسية	الوضع الصحي
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
بيانات السكن					
نوع السكن <input type="checkbox"/> ملك مستقل <input type="checkbox"/> ملك غير مستقل <input type="checkbox"/> دون مقابل <input type="checkbox"/> يعيش مع العائلة <input type="checkbox"/> يعيش مع آخرون <input type="checkbox"/> إيجار (تكلفة الإيجار الشهرية)					
نوع البناء <input type="checkbox"/> باطون <input type="checkbox"/> اسبست <input type="checkbox"/> زينكو <input type="checkbox"/> زينكو و باطون <input type="checkbox"/> باطون و اسبست <input type="checkbox"/> كرميد <input type="checkbox"/> خيمة					
حالة السكن <input type="checkbox"/> جيدة جداً <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> سيئة <input type="checkbox"/> غير صحية <input type="checkbox"/> تحتاج لتدخل عاجل					
بيانات الأب					
اسم الأب رباعياً	رقم الهوية	رقم جواز السفر			
المستوى التعليمي	المهنة قبل الوفاة	معاش الاب			
تاريخ الوفاة	سبب الوفاة	حالته الصحية قبل الوفاة			
بيانات الأم					
اسم الأم رباعياً	رقم الهوية	رقم جواز السفر			
المستوى التعليمي	المهنة قبل الوفاة	معاش الأم			
تاريخ الوفاة	سبب الوفاة	حالته الصحية قبل الوفاة			
الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أرملة <input type="checkbox"/> متزوجة <input type="checkbox"/> مطلقة <input type="checkbox"/> أرملة					
مرفقات الاستمارة صورة شهادة الميلاد - صورة شخصية 4*6 - صورة عن هوية الوصي - صورة عن شهادة الوفاة للأب - صورة عن شهادة وفاة الأم - صورة عن بطاقة الحساب البنكي للوصي - كشف حركة حساب الوصي لمدة عام مضي - شهادة المدرسة - عقد إيجار - تقارير طبية حديثة.					
توقيع الوصي	توقيع مستوفي البيانات	توقيع منسق القسم			

اسم الطفل رباعي	نوع الكفالة	يتيم ( <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الأبين ) <input type="checkbox"/> محتاج <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> حافظ لكتاب الله <input type="checkbox"/> عدد الأجزاء <input type="checkbox"/> مكان الحفظ ( )
رقم هوية الطفل	رقم جواز السفر	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
تاريخ الميلاد	مكان الميلاد	المحافظة <input type="checkbox"/> المنطقة <input type="checkbox"/>
عنوان الطفل كاملاً	رقم الجوال	
رقم الهاتف	المعدل	أنهى ( ) مترفع ( ) حالياً ( )
الصف الدراسي	اسم المدرسة	فترة الدراسة <input type="checkbox"/> مسائي <input type="checkbox"/> صباحي <input type="checkbox"/>
قيمة الرسوم الفصلية	قيمة المواصلات الشهرية	نوع المدرسة <input type="checkbox"/> حكومية <input type="checkbox"/> وكالة <input type="checkbox"/> خاصة <input type="checkbox"/>
المواد الضعيفة التحصيل	مساعداً من جهة أخرى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم كم تبلغ قيمة المساعدة؟ ومن أي جهة؟	
علاقة الطفل الأسرية والاجتماعية	هل يعيش الطفل مع أمه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا وإذا كانت الإجابة بلا؟ وضح السبب	
علاقة الطفل مع أسرته وأقاربه وأصدقاءه <input type="checkbox"/> ممتازة <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> مقبولة <input type="checkbox"/> غير ذلك	هوايات الطفل:	
الحالة الصحية والنفسية للطفل	الحالة الصحية للطفل <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> يعاني من مشكلة صحية	التكلفة الشهرية للعلاج
وضوح المشكلة (مرفق تقرير طبي حديث)	الحالة النفسية للطفل <input type="checkbox"/> جيدة جداً <input type="checkbox"/> يعاني من مشكلة	التكلفة الشهرية للعلاج
وضوح المشكلة:	قيمة مساهمة جهات أخرى في مصاريف العلاج إن وجد	
بيانات الوصي	اسم الوصي رباعي	رقم جواز السفر
رقم الهاتف	رقم الهوية	رقم جواز السفر
المستوى التعليمي	رقم الجوال	مهنته
رقم الحساب البنكي	عدد العاملون في الأسرة	صلة القرابة بالطفل
قيمة الدخل الشهري بالشيكل	العنوان كاملاً	
قيمة المصروفات الشهرية بالشيكل	رقم	قيمة المصروفات الشهرية بالشيكل
المجموع	مصادر الدخل	القيمة
الحالة الصحية لأسرة الطفل	حالة الوصي الصحية <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> يعاني من مشكلة صحية	التكلفة الشهرية للعلاج
وضوح المشكلة (مرفق تقرير طبي حديث)	حالة الأخوة والأخوات الصحية <input type="checkbox"/> يوجد <input type="checkbox"/> عدد الأخوات المريصات ( ) لا يوجد <input type="checkbox"/>	
نوع المرض	تكلفة العلاج الشهرية	
قيمة مساهمة الجهات الأخرى إن وجد؟		

نموذج تسجيل طفل يتيم:-



# جمعية نور المعرفة

مركز أمان - قسم الكفالات

نموذج استبيان طفل يتيم

اسم الطفل : .....

مكان السكن : .....

رقم الملف : .....

تاريخ تعبئة الاستبيان : .....

عدد أفراد الأسرة: <input type="checkbox"/> ذكور <input type="checkbox"/> إناث <input type="checkbox"/> آخرون <input type="checkbox"/>					
الأولاد بالترتيب من الكبير إلى الصغير:					
م	الاسم	العمر	تاريخ الميلاد	السنة الدراسية	الوضع الصحي
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
بيانات السكن					
نوع السكن <input type="checkbox"/> ملك مستقل <input type="checkbox"/> ملك غير مستقل <input type="checkbox"/> دون مقابل <input type="checkbox"/> يعيش مع العائلة <input type="checkbox"/> يعيش مع آخرون <input type="checkbox"/> إيجار (تكلفة الإيجار الشهرية)					
نوع البناء <input type="checkbox"/> باطون <input type="checkbox"/> اسبست <input type="checkbox"/> زينكو <input type="checkbox"/> زينكو وباطون <input type="checkbox"/> باطون و اسبست <input type="checkbox"/> كرميد <input type="checkbox"/> خيمة					
حالة السكن <input type="checkbox"/> جيدة جداً <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> سيئة <input type="checkbox"/> غير صحية <input type="checkbox"/> تحتاج لتدخل عاجل					
بيانات الأب					
اسم الأب رباعياً	رقم الهوية	رقم جواز السفر	معاش الأب		
المستوى التعليمي	المهنة قبل الوفاة	رقم جواز السفر	معاش الأم		
تاريخ الوفاة	سبب الوفاة	رقم جواز السفر	حالتها الصحية قبل الوفاة		
بيانات الأم					
اسم الأم رباعياً	رقم الهوية	رقم جواز السفر	معاش الأم		
المستوى التعليمي	المهنة قبل الوفاة	رقم جواز السفر	معاش الأب		
تاريخ الوفاة	سبب الوفاة	رقم جواز السفر	حالتها الصحية قبل الوفاة		
الحالة الاجتماعية <input type="checkbox"/> أرملة <input type="checkbox"/> متزوجة <input type="checkbox"/> مطلقة <input type="checkbox"/> أرملة					
مرفقات الاستمارة صورة شهادة الميلاد - صورة شخصية 4*6 - صورة عن هوية الوصي - صورة عن شهادة الوفاة للأب - صورة عن شهادة وفاة الأم - صورة عن بطاقة الحساب البنكي للوصي - كشف حركة حساب الوصي لمدة عام مضى - شهادة المدرسة - عقد إيجار - تقارير طبية حديثة.					
توقيع الوصي		توقيع مستوفي البيانات		توقيع منسق القسم	

اسم الطفل رباعي	نوع الكفالة	يتيم ( <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> الأبين ) محتاج <input type="checkbox"/> معاق <input type="checkbox"/> حافظ لكتاب الله <input type="checkbox"/> عدد الأجزاء <input type="checkbox"/> مكان الحفظ ( )
رقم هوية الطفل	رقم جواز السفر	الجنس <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
تاريخ الميلاد	مكان الميلاد	المحافظة المنطقة
عنوان الطفل كاملاً	رقم الجوال	
رقم الهاتف	المعدل	فترة الدراسة <input type="checkbox"/> مسائي <input type="checkbox"/> صباحي <input type="checkbox"/>
الصف الدراسي	أنهى ( ) متفرع ( ) حالياً ( )	نوع المدرسة <input type="checkbox"/> حكومية <input type="checkbox"/> وكالة <input type="checkbox"/> خاصة
اسم المدرسة	قيمة الرسوم الفصلية	قيمة المواصلات الشهرية
المواد الضعيفة التحصيل	مساعداً من جهة أخرى <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة بنعم كم تبلغ قيمة المساعدة؟ ومن أي جهة؟	
علاقة الطفل الأسرية والاجتماعية		
هل يعيش الطفل مع أمه؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا وإذا كانت الإجابة بلا؟ وضح السبب		
علاقة الطفل مع أسرته وأقاربه وأصدقاءه <input type="checkbox"/> ممتازة <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> مقبولة <input type="checkbox"/> غير ذلك		
هوايات الطفل:		
الحالة الصحية والنفسية للطفل		
الحالة الصحية للطفل <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> يعاني من مشكلة صحية	وضوح المشكلة (مرفق تقرير طبي حديث)	التكلفة الشهرية للعلاج
الحالة النفسية للطفل <input type="checkbox"/> جيدة جداً <input type="checkbox"/> يعاني من مشكلة	وضوح المشكلة:	التكلفة الشهرية للعلاج
قيمة مساهمة جهات أخرى في مصاريف العلاج إن وجد		
بيانات الوصي		
اسم الوصي رباعي	رقم الهوية	رقم جواز السفر
رقم الهاتف	رقم الجوال	مهنته
المستوى التعليمي	عدد العاملون في الأسرة	صلة القرابة بالطفل
رقم الحساب البنكي	العنوان كاملاً	
قيمة الدخل الشهري بالشيك	قيمة المصروفات الشهرية بالشيك	
الرقم	مصادر الدخل	القيمة
المجموع		
الحالة الصحية لأسرة الطفل		
حالة الوصي الصحية <input type="checkbox"/> جيدة <input type="checkbox"/> يعاني من مشكلة صحية	وضوح المشكلة (مرفق تقرير طبي حديث)	التكلفة الشهرية للعلاج
حالة الأخوة والأخوات الصحية <input type="checkbox"/> يوجد عدد الأخوات المريعات ( ) لا يوجد <input type="checkbox"/>		
نوع المرض	تلكلة العلاج الشهرية	
قيمة مساهمة الجهات الأخرى إن وجد؟		