



دليل

الخدمات التأمينية

(نماذج ومستندات)

مقدمة

تحرص الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي على سرعة أداء الخدمة التأمينية للمؤمن عليهم وأصحاب المعاشات والمستحقين عنهم وكذلك الخدمات الخاصة بأصحاب الأعمال والمنشآت وتذليل كافة المعوقات في سبيل الحصول على خدمات تأمينية متكاملة، ومن أجل ذلك قامت الهيئة باتخاذ الإجراءات اللازمة والتي من شأنها زيادة جودة أداء الخدمة التأمينية حيث تم ما يأتي:

- الربط مع بعض الجهات الحكومية الأخرى لتوفير خدمات متكاملة دون الحاجة لطلب المستندات من أصحاب الشأن.
- إنشاء منظومة مراكز أداء الخدمات التأمينية المتكاملة ومكاتب خدمة المواطنين بما مؤداه تقديم جميع الخدمات التأمينية آلياً.
- إنشاء فروع إلكترونية بمراكز الخدمات المتكاملة تتيح تأدية الخدمات التأمينية آلياً.
- التدريب المتواصل للعاملين بالمنظومة.
- تطوير الإجراءات والهيكل التنظيمي للإدارات الأمر الذي جعل الهيئة تعمل من خلال بيئة عمل حديثة تمكنها من إنجاز الأعمال اليومية بشكل سريع ودقيق ومنظم.
- واستمراراً في سياسة تيسير أداء الخدمات التأمينية تقدم الهيئة دليل الخدمات التأمينية المتكامل والذي يهدف إلى نشر الخدمات التي تقدمها الهيئة والمستندات المطلوب استيفائها بكل خدمة لتيسير أداء الخدمات التأمينية بكل سهولة ويسر، كما يهدف الدليل إلى نشر الوعي التأميني لدى المهتمين بمجال التأمين الاجتماعي وكذا زيادة الثقافة التأمينية لدى أفراد المجتمع، راجين أن يسهم في التيسير على جميع أطراف العملية التأمينية تحقيقاً للرسالة السامية للتأمين الاجتماعي.

والله ولي التوفيق،

نوفمبر ٢٠٢١

" لواء / جمال عوض محمود "



رئيس الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

م	الخدمات	رقم الصفحة
أولاً: الخدمات التأمينية الفورية		
١	الحصول على بيان معاش	٧
٢	إصدار الخطابات أو مستخرجات الحاسب الآلي	٧
٣	اعتماد استمارة بطاقة تحقيق الشخصية	٧
٤	طلب نماذج الهيئة (مطبوعات ذات قيمة)	٧
٥	طلب استخراج البطاقة العلاجية لصاحب المعاش	٧
ثانياً: خدمات أصحاب الأعمال والمنشآت		
٦	طلب اشتراك منشأة	٨
٧	طلب إنهاء اشتراك منشأة	٨
٨	إخطار تغيير في بيانات المنشأة	١٢
٩	إخطار بدمج منشأتين أو أكثر	١٢
١٠	إخطار عن عملية مقاوله	١٣
١١	الاعتراض على النسبة المقدرة عن عملية مقاوله	١٣
١٢	طلب الترخيص لمنشأة بإنشاء جهاز تأمين اجتماعي	١٣
١٣	طلب عرض علي لجنة بحث اعتراضات أصحاب الأعمال	١٣
١٤	تقسيط مديونية صاحب عمل	١٤
١٥	طلب رفع الحجز	١٤
١٦	طلب التصالح في الجرح	١٤
١٧	طلب تخفيض اشتراكات تأمين إصابات العمل - المرض (العلاج والرعاية الطبية)	١٤
١٨	طلب تخفيض اشتراكات تأمين إصابات العمل - المرض (الحقوق المالية)	١٤
١٩	طلب العرض على لجان فحص المنازعات	١٥
٢٠	طلب الاعتراض على قرار اللجنة الفنية للمقاولات	١٥
٢١	طلب تحويل الرصيد الدائن إلى منشأة مدينة	١٥
٢٢	طلب تسوية بالخصم على حساب المنشأة	١٥
٢٣	طلب استرداد المبالغ المسددة بالزيادة	١٦
ثالثاً: خدمات المؤمن عليه		
٢٤	طلب اشتراك مؤمن عليه من غير أصحاب الأجور الحكومية	١٧
٢٥	طلب إنهاء اشتراك مؤمن عليه من غير أصحاب الاجور الحكومية	١٧

م	الخدمات	رقم الصفحة
٢٦	طلب اشتراك مؤمن عليه من أصحاب الأجور الحكومية	٢٤
٢٧	إنهاء اشتراك مؤمن عليه من أصحاب الاجور الحكومية	٢٤
٢٨	طلب الاشتراك في نظام المعاش الاضافي	٢٦
٢٩	تحديث أجور المؤمن عليهم	٢٦
٣٠	طلب حساب مدة (شراء مدة)	٢٦
٣١	تعديل بيانات المؤمن عليه	٢٦
٣٢	إبداء الرغبة في الاشتراك عن الإجازة الخاصة للعاملين بالقطاع الحكومي	٢٦
٣٣	إخطار نقل المؤمن عليه من فرع لآخر	٢٦
٣٤	النزاع على إنهاء خدمة المؤمن عليه	٢٦
٣٥	سداد الاشتراكات والاقساط والمبالغ المستحقة	٢٧
٣٦	سداد اشتراكات الإجازة الخاصة	٢٧
٣٧	طلب تقسيط المبالغ المستحقة	٢٧
٣٨	طلب أداء القيمة الحالية للأقساط	٢٧
٣٩	طلب ضم المدة السابقة	٢٨
٤٠	طلب تسجيل رقم تأميني	٢٨
٤١	طلب تعديل فئة دخل الاشتراك	٢٩
رابعاً: خدمات البطالة وإصابة العمل والمرض والعجز		
٤٢	طلب صرف تعويض البطالة	٣٠
٤٣	إيقاف صرف تعويض البطالة	٣٠
٤٤	إخطار عن وقوع إصابة العمل	٣٠
٤٥	طلب التظلم من قرار لجنة الإجهاد	٣٢
٤٦	طلب صرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال في حالة الإصابة	٣٢
٤٧	طلب صرف تعويض الأجر (إصابي - مرضي) نيابة عن الهيئة	٣٢
٤٨	طلب إعادة الفحص الطبي	٣٣
٤٩	عرض المؤمن عليه على لجنة العجز (المرضى)	٣٣
٥٠	عرض المؤمن عليه على لجنة العجز (الإصابي)	٣٣
٥١	طلب عرض المؤمن عليه على اللجنة الخماسية	٣٣
٥٢	طلب صرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال في حالة المرض	٣٤

م	الخدمات	رقم الصفحة
٥٣	طلب العرض على لجنة التحكيم الطبي	٣٤
٥٤	طلب العرض على لجان فحص المنازعات	٣٤
٥٥	طلب صرف إعانة العجز (إعانة المرافق)	٣٥
٥٦	طلب إعادة النظر في قرار لجنة العجز على صرف إعانة العجز (إعانة المرافق)	٣٥
٥٧	طلب عرض الابن أو الأخ على لجنة العجز	٣٥
خامساً: خدمات أصحاب المعاشات والمستفيدين		
٥٨	طلب صرف مستحقات تأمينية للمؤمن عليه	٣٧
٥٩	طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين	٣٨
٦٠	طلب صرف المعاش بعد وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش	٤١
٦١	قطع معاش المستحقين وصرف المنحة	٤٤
٦٢	طلب صرف إعانة الفقد	٤٦
٦٣	متابعة حالة المفقود	٤٧
٦٤	طلب صرف نفقة شرعية	٤٧
٦٥	طلب صرف مستحقات معالة أو موقوفة	٤٧
٦٦	طلب منح أو تحسين معاش بصفة استثنائية	٤٨
٦٧	طلب صرف معاش مرتد	٤٩
٦٨	طلب تعديل جهة صرف المعاش	٤٩
٦٩	طلب تغيير القائم بالصرف	٤٩
٧٠	طلب تجديد الصرف بالتوكيل	٥٠
٧١	الإبلاغ عن التحاق مستحق المعاش بعمل أو مزاولة مهنة	٥٠
٧٢	طلب انتفاع الأرملة بالتأمين الصحي	٥١
٧٣	إعادة صرف المعاش	٥١
٧٤	طلب مراجعة حساب الحقوق التأمينية	٥٢
٧٥	طلب تعديل عنوان / رقم تليفون صاحب المعاش أو المستفيد	٥٢
٥٣	سابعاً: الخدمات المقدمة من الهيئة	
٦١	ثامناً: مقابل أداء الخدمات المقدمة من الهيئة	
٦٢	تاسعاً: النماذج	

الخدمات التأمينية ومستندات أداء الخدمات

أولاً: الخدمات التأمينية الفورية

1- الحصول على بيان معاش:

- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
- إشعار السداد الإلكتروني

2- إصدار الخطابات أو مستخرجات الحاسب الآلي:

- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
- إشعار السداد الإلكتروني

3- اعتماد استمارة بطاقة تحقيق الشخصية:

- استمارة (طلب إصدار بطاقة تحقيق شخصية)

4- طلب نماذج الهيئة (مطبوعات ذات قيمة):

- إشعار السداد الإلكتروني

5- طلب استخراج البطاقة العلاجية لصاحب المعاش:

- طلب استخراج البطاقة العلاجية على النموذج رقم (٥٧)
- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
- عدد (٢) صورة شخصية

ثانياً: خدمات أصحاب الأعمال والمنشآت

٧- طلب إنهاء اشتراك منشأة	٦- طلب اشتراك منشأة	البيان
١. طلب إنهاء اشتراك منشأة على النموذج رقم (٧٦) يرفق به أحد المستندات التالية: • السجل التجاري موضحاً به تاريخ الشطب أو المحو • خطاب من مصلحة الضرائب يفيد تاريخ التوقف كلي / جزئي • خطاب من إدارة التراخيص المختصة يفيد تسليم الرخصة أو التنازل عنها • إنهاء عقد الإيجار موثق من الشهر العقاري • قرار الهدم أو الإزالة • قرار نزع الملكية للمنفعة العامة • الحكم النهائي بإخلاء العين محل ممارسة النشاط ٢. تقرير تفتيش	١. طلب اشتراك منشأة على النموذج رقم (٢) يرفق به أحد المستندات الآتية: • ترخيص المزاولة الصادر من الجهة الإدارية المختصة • السجل التجاري • السجل الصناعي • البطاقة الضريبية • عقد الإيجار أو الملكية ٢. نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول على النموذج رقم (١١) ٣. توكيل شهر عقاري يفيد متولي الإدارة إن وجد ٤. الإخطار عن اشتراك عامل لديه وفقاً للنموذج رقم (١) إن وجد ٥. خطاب من الضرائب يفيد صافي الربح الضريبي للورثة إن وجد	<u>المنشآت الفردية وملاك شركات الشخص الواحد</u>

٧- طلب إنهاء اشتراك منشأة	٦- طلب اشتراك منشأة	البيان
١. طلب إنهاء اشتراك منشأة على النموذج رقم (٧٦) يرفق به أحد المستندات التالية: • السجل التجاري موضحاً به تاريخ الشطب أو المحو • خطاب من مصلحة الضرائب يفيد تاريخ التوقف كلي / جزئي • إنهاء / فسخ عقد الشركة موثق • إنهاء ترخيص المزاولة صادر من إدارة التراخيص بالإدارات المحلية • حكم بإشهار الإفلاس ٢. تقرير تفتيش	١. طلب اشتراك منشأة على النموذج رقم (٢) يرفق به أحد المستندات الآتية: - عقد التأسيس - السجل التجاري - البطاقة الضريبية ٢. نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول على النموذج رقم (١١) ٣. الإخطار عن اشتراك عامل لديه وفقاً للنموذج رقم (١) إن وجد	<u>شركات الأشخاص</u> <u>(التضامن – التوصية البسيطة)</u>
١. طلب إنهاء اشتراك منشأة على النموذج رقم (٧٦) يرفق به أحد المستندات التالية: • السجل التجاري موضحاً به تاريخ الشطب أو المحو • خطاب من مصلحة الضرائب يفيد تاريخ التوقف كلي / جزئي • إلغاء شهادة مزاولة النشاط صادر من الجهة المختصة بمنح الترخيص - في حالة التصفية: • قرار الجمعية العمومية • التأشير في السجل التجاري بتصفية الشركة	١. طلب اشتراك منشأة على النموذج رقم (٢) يرفق به أحد المستندات الآتية: • عقد تأسيس الشركة • صحيفة الشركات • السجل التجاري • البطاقة الضريبية ٢. نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول على النموذج رقم (١١) ٣. الإخطار عن اشتراك عامل لديه وفقاً للنموذج رقم (١) إن وجد	<u>شركات الأموال (المساهمة – التوصية بالأسهم – ذات المسؤولية المحدودة)</u>

٧- طلب إنهاء اشتراك منشأة	٦- طلب اشتراك منشأة	البيان
٢. تقرير تفتيش		
١. طلب إنهاء اشتراك منشأة على النموذج رقم (٧٦) مرفقاً به أحد المستندات التالية: • السجل التجاري موضحاً به تاريخ الشطب أو المحو • قرار من وزارة التجارة الخارجية والصناعة بشطب قيد الوكالة بسجل الوكلاء والوسطاء التجاريين • خطاب من مصلحة الضرائب يفيد تاريخ التوقف الكلي / الجزئي ٢. تقرير تفتيش	١. طلب اشتراك منشأة على النموذج رقم (٢) يرفق به أحد المستندات الآتية: • خطاب الهيئة العامة للرقابة على الصادرات والواردات يوضح رقم وتاريخ قيد الوكيل التجاري بسجل الوكلاء التجاريين • السجل التجاري • البطاقة الضريبية ٢. نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسؤول على النموذج رقم (١١) ٣. الإخطار عن اشتراك عامل لديه وفقاً للنموذج رقم (١) إن وجد	<u>الوكلاء التجاريون</u>
١. طلب إنهاء اشتراك سيارة على النموذج رقم (٤٤)، إنهاء اشتراك منشأة على النموذج رقم (٧٦) بحسب الأحوال مرفق به أحد المستندات المثبتة للإنهاء: • الخطاب أو الشهادة الصادرة من الجهة المختصة والتي تفيد إنهاء الاشتراك وفقاً لأحد الأسباب (نقل ملكية - التكهين أو بيعها خردة - السرقة أو الفقد أو الاحتراق - تسليم لوحات (السيارة) - القبض أو التحفظ	١. طلب اشتراك منشأة على النموذج رقم (٢) يرفق به المستندات الآتية بحسب الأحوال: - الخطاب الصادر بالترخيص من الإدارة العامة للمرور (نقل بري) - الخطاب الصادر بالترخيص من قطاع النقل النهري (نقل نهري) - الخطاب الصادر بالترخيص من هيئة الموانئ المختصة أو قطاع النقل البحري (نقل بحري)	<u>أصحاب وسائل النقل الآلية للأشخاص أو البضائع بما في ذلك وسائل النقل البري والنهري والبحري والجوي:</u>

٧- طلب إنهاء اشتراك منشأة	٦- طلب اشتراك منشأة	البيان
عليها - الإحلال - نهاية الترخيص وعدم الضبط (السيارة) - المصادرة - إلغاء تصريح تشغيل (السيارة) أو (فاتورة الشهر العقارى المؤقتة بالتكهين أو البيع خردة)	- الخطاب الصادر بالترخيص من وزارة الطيران المدني (نقل جوي) ٢. الإخطار عن اشتراك عامل لديه وفقاً للنموذج رقم (١) إن وجد.	
١. طلب إنهاء اشتراك سيارة على النموذج رقم (٤٤) ٢. إلغاء تصريح تشغيل المركبة أو وسيلة النقل الجماعي التي تعمل ضمن منظومة النقل البرى للركاب باستخدام تكنولوجيا المعلومات	١. طلب اشتراك منشأة على النموذج رقم (٢) ٢. الخطاب الصادر من الإدارة العامة للمرور ٣. تصريح تشغيل المركبة أو وسيلة النقل	<u>أصحاب وسائل النقل البرى للأشخاص والتي تعمل باستخدام تكنولوجيا المعلومات :</u>
١. طلب إنهاء اشتراك منشأة على النموذج رقم (٧٦) مرفقاً به أحد المستندات التالية: • خطاب من الإدارة المركزية للتفتيش البحري أو إدارة الملاحه النهريه يفيد عدم صلاحية المركب • المستند الدال على بيع المركب • المستند المثبت لإنهاء الإشتراك للحالات الأخرى	١. طلب اشتراك منشأة على النموذج رقم (٢) يرفق به المستندات الآتية: • الخطاب الصادر من الهيئة المصرية لسلامه الملاحة البحرية بالتسجيل (ادارة التفتيش البحري) • شهادة تسلسل ملكية من ادارة التفتيش البحري ٢. الإخطار عن اشتراك عامل لديه وفقاً للنموذج رقم (١) بحسب نوع المركبة إن وجد	<u>أصحاب مراكب الصيد الميكانيكية أو الشراعية:</u>

٧- طلب إنهاء اشتراك منشأة	٦- طلب اشتراك منشأة	البيان
١. طلب إنهاء اشتراك منشأة على النموذج رقم (٧٦) يرفق به أحد المستندات التالية: • خطاب من هيئة السلع التموينية يفيد إيقاف صرف الحصص التموينية المقررة له • خطاب من مصلحة الضرائب يفيد إيقاف النشاط كلي / جزئي • خطاب من إدارة التراخيص بالوحدات المحلية بإلغاء الرخصة ٢. تقرير تفتيش	١. طلب اشتراك منشأة على النموذج رقم (٢) يرفق به المستندات الآتية: - الخطاب الصادر بالترخيص من وزارة التموين أو الحي أو الوحدة المحلية أو البطاقة الضريبية أو السجل التجاري ٢. نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول على النموذج رقم (١١) ٣. الإخطار عن اشتراك عامل وفقاً للنموذج رقم (١) أو نموذج (٤٠)	<u>أصحاب المخازن البلدية:</u>

٨- إخطار تغيير في بيانات منشأة:

١. إخطار تغيير بيانات المنشأة على النموذج رقم (١٢) مرفق به السجل التجاري أو البطاقة الضريبية
٢. نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول على النموذج رقم (١١)، في حالة تغيير نماذج التوقيعات
٣. محضر الشرطة في حالة فقد الأختام

٩- إخطار بدمج منشأتين أو أكثر:

١. إخطار بدمج منشأتين أو أكثر على النموذج رقم (١٣)
٢. نسخة معتمدة من قرار الإدماج
٣. بيان بأسماء العاملين بالمنشأة المندمجة وقت الدمج موضحاً قرين كل اسم الأجر الشهري وقيمة الأقساط إن وجدت
٤. تسوية حساب الاشتراكات الخاصة بالمنشأة الدامجة والمندمجة حتى تاريخ الإدماج عن طريق الأنظمة الآلية

٥. إخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم على النموذج رقم (٢) يتضمن بيانات العاملين بالمنشأة المندمجة والدامجة عن الشهر الذي تم فيه الإدماج

١٠- إخطار عن عملية مقالة:

١. إخطار عن عملية مقالة على النموذج رقم (٤٢) مرفق به أحد المستندات الآتية:

- ترخيص البناء أو الهدم
- العقد أو أمر التشغيل أو أمر التوريد أو الفاتورة أو المقايضة المعتمدة وغيرها من المستندات والوسائل بحسب الأحوال
- محضر مخالفات البناء أو الهدم

١١- الاعتراض على النسبة المقدرة عن عملية مقالة:

١. طلب الاعتراض على النموذج رقم (٦٦)

٢. إشعار السداد الإلكتروني

٣. أي مستندات أخرى تؤيد الطلب

١٢- طلب الترخيص لمنشأة بإنشاء جهاز تأمين اجتماعي:

١. طلب الترخيص بإنشاء جهاز تأمين اجتماعي على النموذج رقم (٦٩)

١٣- طلب عرض على لجنة بحث اعتراضات أصحاب الأعمال:

١. طلب عرض على لجنة بحث الاعتراضات لأصحاب الأعمال على النموذج رقم (٧٧)

٢. المستندات المؤيدة للاعتراض

٣. إشعار السداد الإلكتروني

14- تقسيط مديونية صاحب عمل: (تابع خدمات رفع الحجز الإداري)

١. طلب تقسيط المبالغ المستحقة على النموذج رقم (٧٣) مرفق به أحد المستندات الآتية:
 - خطاب ضمان بنكي بقيمة المبالغ المستحقة وصالح لمدة التقسيط
 - محضر الحجز الإداري بما يفي بقيمة المبالغ المستحقة

١٥- طلب رفع الحجز:

١. طلب رفع الحجز على النموذج رقم (٧١)
٢. إشعار السداد الإلكتروني

16- طلب التصالح في الجرح:

١. طلب التصالح في الجرح على النموذج رقم (٧٠)
٢. شهادة قيد بالجرح من جدول القضايا بالمحكمة
٣. إشعار السداد الإلكتروني

17- طلب تخفيض اشتراكات تأمين إصابات العمل – المرض (العلاج والرعاية الطبية):

١. طلب تخفيض نسبة الاشتراك في تأمين إصابات العمل أو تأمين المرض على النموذج رقم (٦١)
٢. القرار الصادر من الهيئة العامة للتأمين الصحي بالتصريح لصاحب العمل بالعلاج والرعاية الطبية للعاملين لديه

18- طلب تخفيض اشتراكات تأمين إصابات العمل – المرض (حقوق مالية):

١. طلب تخفيض نسبة الاشتراك في تأمين إصابات العمل أو تأمين المرض على النموذج رقم (٦١)
٢. تقديم بيان شهري للهيئة بأسماء المصابين وأجورهم وتعويض الأجر المدفوع عند التجديد

19- طلب العرض على لجان فحص المنازعات:

- مستندات المنازعات للحالات العامة الناشئة عن تطبيق أحكام قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات:

١. طلب عرض النزاع على لجنة فحص المنازعات منشآت على النموذج رقم (٦٨)
٢. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
٣. المستندات المؤيدة للطلب إن وجدت

20- طلب الاعتراض على قرار اللجنة الفنية للمقاولات:

- طلب الاعتراض على قرار اللجنة الفنية على النموذج رقم (٦٧) مرفقاً به :
١. كافة المستندات والأوراق التي تدعم وتؤيد طلبه وذلك خلال المدة القانونية
 ٢. ملف المنازعة مشتملاً على البيانات الأساسية للمقاولة وموضوع الاعتراض وكافة الأوراق والمستندات اللازمة للبت في النزاع (يتم إستيفائه بالمكتب التأميني المختص)
 ٣. اشعار السداد الإلكتروني

21- طلب تحويل الرصيد الدائن إلى منشأة مدينة:

١. طلب تحويل الرصيد الدائن على النموذج رقم (٧٨)
٢. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
٣. المستندات المؤيدة للطلب إن وجدت

22- طلب تسوية بالخصم على حساب المنشأة:

١. طلب تسوية بالخصم على حساب المنشأة على النموذج رقم (٧٨)
٢. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية

٣. نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسؤول على النموذج رقم (١١)

٤. المستندات المؤيدة للطلب إن وجدت

23- طلب استرداد المبالغ المسددة بالزيادة:

١. طلب استرداد الرصيد الدائن على النموذج رقم (٧٨)

٢. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية

٣. المستندات المؤيدة للطلب إن وجدت

ثالثاً: خدمات المؤمن عليه
المؤمن عليه من غير أصحاب الأجور الحكومية

البيان	24- مستندات اشتراك مؤمن عليه	25- مستندات إنهاء اشتراك مؤمن عليه
<u>المؤمن عليهم من العاملين في الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والقطاع العام:</u>	- يتم موافاة الهيئة بملف الكتروني متضمناً المستندات والبيانات الآتية: ١. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية ٢. قرار التعيين أو بيان معتمد بتاريخ بدء مدة الاشتراك ٣. إقرار استلام العمل إن وجد ٤. بيان بمدد الاشتراك السابقة ان وجد ٥. بيان من المؤمن عليه بمدى استحقاقه معاش آخر (قوات مسلحة، ضباط الشرطة)، وفقاً للنموذج رقم (٤) ان وجد. ٦. تقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة ٧. استمارة بيانات التغطية التأمينية للمؤمن عليه، وفقاً للنموذج رقم (٥)	١. قرار إنهاء الخدمة أو مستخرج رسمي منه لغير حالات بلوغ سن الشيخوخة مرفق به المستندات الآتية وفقاً لسبب إنهاء الخدمة: • شهادة الوفاة أو مستخرج رسمي منها أو ملخص معتمد لشهادة الوفاة • شهادة تقدير العجز • قرار اللجنة المختصة بإثبات عدم وجود عمل آخر للمؤمن عليه لدى صاحب العمل في حالة العجز الجزئي
<u>المؤمن عليهم من العاملين في القطاع الخاص:</u>	١. طلب اشتراك مؤمن عليه على النموذج رقم (١) مرفق به صورة بطاقة الرقم القومي أو صورة جواز السفر بالنسبة للأجانب	١. إخطار بانتهاء اشتراك مؤمن عليه، وفقاً للنموذج رقم (٦) يرفق به أحد المستندات الآتية وفقاً لسبب إنهاء الخدمة: • شهادة الوفاة أو مستخرج رسمي منها أو ملخص معتمد لشهادة الوفاة • شهادة تقدير العجز

البيان	24- مستندات اشتراك مؤمن عليه	25- مستندات إنهاء اشتراك مؤمن عليه
	٢. ما يفيد الاشتراك بالنقابات المهنية بالنسبة للمهن (محاسب – مهندس – طبيب – صحفي الخ) ٣. بيان بمدد الاشتراك السابقة ان وجد ٤. بيان من المؤمن عليه بمدى استحقاقه معاش آخر (قوات مسلحة، ضباط الشرطة)، وفقاً للنموذج رقم (٤) ان وجد ٥. تقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة أو استيفاء الإقرارات الخاصة بتوقيع الكشف الطبي الموجودة بالنموذج رقم (١)	• قرار اللجنة المختصة بإثبات عدم وجود عمل آخر للمؤمن عليه لدى صاحب العمل في حالة العجز الجزئي
المؤمن عليهم من أصحاب الأعمال ومن في حكمهم :	١. طلب اشتراك مؤمن عليه على النموذج رقم (١) مرفق به صورة بطاقة الرقم القومي أو جواز السفر بالنسبة للأجانب ٢. بيان بمدد الاشتراك السابقة ان وجد ٣. بيان من المؤمن عليه بمدى استحقاقه معاش آخر (قوات مسلحة، ضباط الشرطة)، وفقاً للنموذج رقم (٤) ان وجد ٤. تقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة أو استيفاء الإقرارات الخاصة بتوقيع الكشف الطبي الموجودة بالنموذج رقم (١)	١. إخطار بانتهاء اشتراك مؤمن عليه، وفقاً للنموذج رقم (٦) يرفق به أحد المستندات الآتية وفقاً لسبب انتهاء الخدمة: • شهادة الوفاة أو مستخرج رسمي منها أو ملخص معتمد لشهادة الوفاة • شهادة تقدير العجز ٢. في حالة الإنهاء لغير بلوغ السن أو العجز أو الوفاة المستندات التالية بحسب الأحوال:

البيان	24- مستندات إشترك مؤمن عليه	25- مستندات إنهاء إشترك مؤمن عليه
	٥. أحد المستندات الآتية وفقاً لنوع النشاط الذي يزاوله صاحب العمل:	
	- الأعضاء المنتجون في الجمعيات التعاونية:	
	- عقد التأسيس. - شهادة إشهار الجمعية أو البطاقة الضريبية أو السجل التجاري	- صدور قرار من الجهة الإدارية المختصة بحل مجلس الإدارة - صدور قرار من الوزير المختص بانقضاء الجمعية الانتاجية
	- ملاك العقارات المبنية الذين لا يقل نصيب كل منهم من الدخل السنوي المتخذ أساساً لربط الضريبة عن فئة الحد الأدنى لأجر الاشتراك:	
	- خطاب من مأمورية الضرائب العقارية المختصة بان العقار مؤجر ولا يستعمل كمسكن لصاحب العمل ولا لأفراد أسرته - بيان بالقيمة الإيجارية للعقار	خطاب من مصلحة الضرائب العقارية يفيد بأن نصيب الفرد السنوي المتخذ أساساً لربط الضريبة أقل من الحد الأدنى لأجر الاشتراك
	- المشتغلون بالمهن الحرة وأعضاء النقابات المهنية:	
	- خطاب بتاريخ القيد في جداول المشتغلين - صورة من ترخيص المزاولة أو صورة من البطاقة الضريبية	- إرفاق أحد المستندات الآتية: - خطاب بتاريخ النقل لجداول غير المشتغلين أو إلغاء القيد أو إعترال المهنة. - خطاب بإلغاء ترخيص المزاولة. - خطاب مصلحة الضرائب موضحاً به تاريخ انتهاء النشاط.
	- ملاك وحائزو الأراضي الزراعية بما لا يقل عن فدان:	
	- سند الملكية - بيان من الجهة المختصة بتدرج الحيازة	شهادة الجمعية الزراعية أو الجهة المختصة التي تفيد إنتهاء حالة الملكية أو الحيازة

البيان	24- مستندات إشترك مؤمن عليه	25- مستندات إنهاء إشترك مؤمن عليه
	- إرفاق أحد المستندات الآتية: - الترخيص الصادر من الهيئة العامة للرقابة على الصادرات والواردات - يوضح رقم وتاريخ القيد للوكيل التجاري بسجل الوكلاء التجاريين - السجل التجاري أو البطاقة الضريبية	- إرفاق أحد المستندات الآتية: - خطاب بإلغاء الترخيص الصادر من الهيئة العامة للرقابة على الصادرات والواردات - إلغاء السجل التجاري موضحاً به تاريخ الشطب أو المحو أو خطاب مصلحة الضرائب موضحاً به تاريخ التوقف الكلي أو الجزئي
	- المأذونون الشرعيون والموثقون المنتدبون من غير الرهبان: - الترخيص في حالة الموثقين المنتدبين من غير الرهبان - قرار التعيين للمأذونين الشرعيين الصادر لهم من وزير العدل	- إرفاق أحد المستندات الآتية: - خطاب إلغاء الترخيص في حالة الموثقين المنتدبين من غير الرهبان - قرار وزير العدل بإنهاء خدمة المأذونين الشرعيين
	- العمدة والمشايخ: - القرار الصادر من مديريات الأمن المختصة	- إرفاق أحد المستندات الآتية: - انتهاء مدة شغل الوظيفة وعدم التجديد - قرار من السلطة المختصة بالفصل أو الإعفاء من شغل الوظيفة
	- المرشدون والأدلاء السياحيون وقصاصوا الأثر: - الترخيص الصادر من وزارة السياحة - شهادة قيد من نقابة المرشدين السياحيين - ترخيص المزاولة الصادر لقصاصي الأثر - البطاقة الضريبية	- إرفاق أحد المستندات الآتية: - خطاب إلغاء الترخيص الصادر من وزارة السياحة - خطاب بإلغاء القيد بنقابة المرشدين السياحيين - خطاب بالنقل لجدول الأعضاء غير العاملين من نقابة المرشدين السياحيين

البيان	24- مستندات إشترك مؤمن عليه	25- مستندات إنهاء إشترك مؤمن عليه
		- خطاب مصلحة الضرائب موضحاً به تاريخ انتهاء النشاط - خطاب من الجهة المختصة بإلغاء الترخيص بالنسبة لقصاصي الأثر
	- <u>القساوسة والشمامسة المكرسون:</u>	
	خطاب من الجهة الدينية المختصة	خطاب من الجهة الدينية المختصة بإلغاء الترخيص
	- <u>الأدياء والفنانون:</u>	
	- الخطاب الصادر من وزارة الثقافة - بيان القيد بجداول النقابة المهنية المختصة لغير الخاضعين لأحكام قانون التأمين الإجتماعي. - البطاقة الضريبية	- إرفاق المستندات الآتية: - خطاب من النقابة المعنية بتاريخ النقل لجداول غير المشتغلين أو إلغاء القيد أو الاعتزال - خطاب مصلحة الضرائب موضحاً به تاريخ إنهاء النشاط
	- <u>أصحاب الصناعات المنزلية والبيئية والرفيقية والأسرية:</u>	
<u>المؤمن عليهم من العاملين المصريين بالخارج</u>	- الترخيص الصادر من وزارة التضامن - البطاقة الضريبية	
	طلب إشترك مؤمن عليه على النموذج رقم (١) مرفق به المستندات الآتية: ١. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية ٢. بيان بمدد الاشتراك السابقة ان وجد	إخطار بانتهاء اشتراك مؤمن عليه، وفقاً للنموذج رقم (٦) يرفق به أحد المستندات الآتية وفقاً لسبب انتهاء الخدمة: ١. شهادة الوفاة أو مستخرج رسمي منها أو ملخص معتمد لشهادة الوفاة ٢. شهادة تقدير العجز الكامل

البيان	24- مستندات اشتراك مؤمن عليه	25- مستندات إنهاء اشتراك مؤمن عليه
	٣. بيان من المؤمن عليه بمدى استحقاقه معاش آخر (قوات مسلحة، ضباط الشرطة)، وفقاً للنموذج رقم (٤) ان وجد ٤. تقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة أو استيفاء الإقرارات الخاصة بتوقيع الكشف الطبي الموجودة بالنموذج رقم (١) ٥. صورة المستند المثبت لبدء العمل أو النشاط الموجب للخضوع لأحكام القانون وعلى الأخص أحد المستندات الآتية: • تأشيرة السفر للعمل وختم المغادرة بجواز السفر الساري • عقد العمل في الخارج موثق • عقد العمل بالهيئة أو المنظمة الدولية أو السفارة الأجنبية • عقد العمل على السفن الأجنبية وجواز السفر البحري الساري	٣. جواز السفر الذي يثبت العودة للوطن ٤. صورة من المستند الذي يثبت زوال الصفة أو الوضع الموجب للخضوع لأحكام القانون.
<u>المؤمن عليهم من العمالة غير المنتظمة</u>	١. طلب اشتراك مؤمن عليه على النموذج رقم (١). ٢. صورة بطاقة الرقم القومي سارية مدون بها المهنة المراد الاشتراك عنها ٣. تقرير اللياقة الطبية الصادر من الجهة الطبية المختصة أو استيفاء الإقرارات	إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه، وفقاً للنموذج رقم (٦) يرفق به أحد المستندات الآتية وفقاً لسبب انتهاء الخدمة: ١. شهادة الوفاة أو مستخرج رسمي منها أو ملخص معتمد لشهادة الوفاة. ٢. شهادة تقدير العجز الكامل.

25- مستندات إنهاء اشتراك مؤمن عليه	24- مستندات اشتراك مؤمن عليه	البيان
٣. صورة بطاقة الرقم القومي سارية تثبت تغيير المهنة التي لا تخضعه لأحكام البند رابعاً من القانون. ٤. شهادة الجمعية الزراعية أو الجهة المختصة التي تفيد إنتهاء حالة الملكية أو الحيازة. ٥. أو خطاب من الضرائب العقارية تفيد بيع العقار.	الخاصة بتوقيع الكشف الطبي الموجودة بالنموذج رقم (١). ٤. بيان بتدرج المهنة صادر من مصلحة الأحوال المدنية ٥. أو شهادة الملكية أو الحيازة الزراعية الصادرة من الجمعية الزراعية أو الجهة المختصة. ٦. أو خطاب من مأمورية الضرائب العقارية المختصة بأن العقار مؤجر ولا يستعمل كمسكن، وخطاب من الضرائب يفيد صافي الربح الضريبي للورثة أو بيان بالقيمة الإيجارية للعقار.	

المؤمن عليه من أصحاب الأجور الحُكمية

البيان	26- مستندات إشتراك مؤمن عليه	27- مستندات إنهاء إشتراك مؤمن عليه
	١. طلب إشتراك مؤمن عليه من أصحاب الأجور الحُكمية وفقاً للنموذج رقم (٤٠) ٢. صورة من بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية على أن يرفق بهما أحد المستندات الآتية بحسب الأحوال:	١. إخطار بانتهاء اشتراك مؤمن عليه، وفقاً للنموذج رقم (٦) يرفق به أحد المستندات الآتية وفقاً لسبب انتهاء الخدمة: • شهادة الوفاة أو مستخرج رسمي منها أو ملخص معتمد لشهادة الوفاة (في حالة انتهاء الخدمة للوفاة) • شهادة تقدير العجز • قرار اللجنة المختصة بإثبات عدم وجود عمل آخر للمؤمن عليه لدى صاحب العمل في حالة العجز الجزئي فيما عدا السائق ٢. بالإضافة للمستندات المطلوبة لغير حالات انتهاء الخدمة للعجز أو الوفاة وفقاً لما يلي:
<u>عمال</u> <u>المقاولات</u>	• شهادة قياس المهارة أو شهادة القيد الصادرة عن مكتب القوى العاملة • الكشف الطبي الابتدائي الذي يفيد لياقته لممارسة المهنة • صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية	• انتهاء فترة سريان بطاقة عامل المقاولات • تسليم بطاقة عامل المقاولات قبل انتهاء فترة سريانها • الإخطار عن اشتراك عامل وفقاً للنموذج رقم (١)

<u>عمال النقل البري</u>	- بالنسبة للسائق يرفق إحدى المستندات الآتية: ▪ خطاب من إدارة المرور المختصة ▪ كارت التشغيل الذي يصدر لقائدي المركبات ووسائل النقل الجماعي التي تعمل ضمن منظومة النقل البري للركاب باستخدام تكنولوجيا المعلومات - بالنسبة للتباع ترفق المستندات الآتية: ▪ شهادة قيد من مكتب العمل المختص ▪ الكشف الطبي الابتدائي الذي يفيد لياقته لممارسة المهنة	• تسليم الرخصة بموجب خطاب صادر من الإدارة العامة للمرور • انتهاء شهادة القيد الصادرة من القوى العاملة بالنسبة للتباع • الإخطار عن اشتراك عامل وفقاً للنموذج رقم (١)
<u>عمال الصيد</u>	• بطاقة الصيد الصادرة من إدارة المصايد • الكشف الطبي الابتدائي الذي يفيد لياقته لممارسة المهنة	• انتهاء بطاقة الصيد بموجب خطاب من مكاتب المصايد التابعة للمهنة العامة لتنمية الثروة السمكية • تسليم بطاقة الصيد قبل انتهاء فترة سريانها • الإخطار عن اشتراك عامل وفقاً للنموذج رقم (١)
<u>عمال المخازن البلدية</u>	• الكشف الطبي الابتدائي الذي يفيد لياقته لممارسة المهنة. • عقد تشغيل بين العامل وصاحب العمل معتمد من مكتب التشغيل.	• الإخطار عن اشتراك عامل وفقاً للنموذج رقم (١) • الإخطار بإنهاء الاشتراك على النموذج رقم (٦)

28- طلب إشترك في نظام المعاش الإضافي:

١. طلب إشترك في المعاش الإضافي على النموذج رقم (٢١)
٢. صورة بطاقة الرقم القومي لصاحب الشأن على أن تكون سارية

29- تحديث أجور المؤمن عليهم:

١. ملف الكتروني بتحديث أجور المؤمن عليهم
٢. (أو) نموذج رقم (٢) بالنسبة للعاملين بالقطاع الخاص

30- طلب حساب مدة (شراء مدة):

١. طلب حساب مدة ضمن مدة الاشتراك على النموذج رقم (٨)
٢. استيفاء توقيع المؤمن عليه بالموافقة على التكلفة
٣. إشعار سداد التكلفة بإحدى طرق السداد المتاحة من قبل الهيئة في حالة سداد التكلفة دفعة واحدة

31- تعديل بيانات المؤمن عليه :

١. نموذج تعديل بيانات المؤمن عليه (تغيير نوع المدة – تعديل المهنة ..) على النموذج رقم (٧٥)
٢. المستندات الدالة على التعديل.

32- إبداء الرغبة في الإشتراك عن الإجازة الخاصة بالقطاع الحكومي:

١. إقرار الرغبة في الإشتراك على النموذج رقم (١٩)
- (أو) إقرار الرغبة في الإشتراك للمستحقين على النموذج رقم (١٩ مكرر)

33- إخطار نقل مؤمن عليه من فرع لآخر:

١. طلب نقل مؤمن عليه من فرع لآخر من فروع المنشأة على النموذج رقم (٧٥)

34- النزاع على إنهاء خدمة المؤمن عليه:

١. إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه على النموذج رقم (٦).
٢. طلب مقدم من العامل يفيد رفض صاحب العمل التوقيع على النموذج رقم (٦).

35- سداد الاشتراكات أو الأقساط و المبالغ المستحقة:

١. قيمة الاشتراكات المستحقة عن طريق الأنظمة الآلية.
٢. إشعار السداد الإلكتروني.
٣. إرفاق احد المستندات الآتية:
 - خطاب من إدارة المرور المختصة بتجديد الرخصة
 - بطاقة تأمينية لعمال المقاولات
 - بطاقة الصيد الصادرة من إدارة المصايد
 - شهادة القيد الصادرة من مكتب القوى العاملة

36- سداد اشتراكات الإجازة الخاصة:

١. بيان بالاشتراكات المستحقة عن طريق الأنظمة الآلية.
٢. إشعار السداد الإلكتروني.

37- طلب تقسيط بالمبالغ المستحقة:

١. طلب تقسيط المبالغ المستحقة على النموذج رقم (٧٣)

38- طلب أداء القيمة الحالية للأقساط:

١. طلب أداء القيمة الحالية للأقساط المتبقية على النموذج (٧٤)
٢. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية

39- طلب ضم المدة السابقة:

١. طلب ضم المدة السابقة على النموذج رقم (٤)
٢. صورة بطاقة الرقم القومي لصاحب الشأن على أن تكون سارية

٣. طلب إرفاق أحد المستندات الآتية إن وجدت:

- ملف تأمين إجتماعى
- صحيفة البيانات الأساسية على النموذج رقم (٣)
- طبعة تغطية تأمينية معتمدة ومكودة بكود صحة المدة

40- طلب تسجيل رقم تأميني:

١. طلب تسجيل رقم تأميني على النموذج رقم (٤٧)
٢. صورة بطاقة الرقم القومي لصاحب الشأن على أن تكون سارية
٣. شهادة ميلاد الرقم القومى

41- طلب تعديل فئة دخل الاشتراك:

المستندات	البيان
طلب تعديل فئة دخل الاشتراك على النموذج رقم (٧٢)	- تعديل فئة دخل الاشتراك إلى أي من فئات الدخل الأعلى:
١. طلب تعديل فئة دخل الاشتراك مرفقاً به أحد المستندات الآتية:	- تعديل فئة دخل الاشتراك إلى فئة الدخل الأقل مباشرة:
• كتاب من مصلحة الضرائب يفيد صافي الربح الضريبي وذلك بالنسبة للمؤمن عليهم من فئة أصحاب الأعمال ومن في حكمهم • عقد العمل وذلك بالنسبة للمؤمن عليهم من فئة المصريين العاملين في الخارج	
١. طلب تعديل فئة دخل الاشتراك على النموذج رقم (٧٢)	- تعديل دخل مدد الاشتراك الفعلية منذ بدء اشتراك المؤمن عليه في النظام إلى دخل اشتراكه في تاريخ طلب التعديل
٢. تقرير طبي صادر من الهيئة المعنية بالتأمين الصحي يفيد درجة لياقته الصحية بصفة عامة على ألا تقل تلك الدرجة عن جيد	- تعديل دخل مدد الاشتراك الفعلية منذ بدء اشتراك المؤمن عليه في النظام إلى أي دخل أعلى. - تعديل بعض فئات الاشتراك بالتتابع من أولى المدد إلى فئة أعلى:

رابعاً: خدمات تأمين البطالة وإصابة العمل والعجز

42- طلب صرف تعويض البطالة:

- ١- طلب صرف تعويض بطالة على النموذج رقم (٢٦)
- ٢- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
- ٣- إخطار بانتهاء اشتراك مؤمن عليه على النموذج رقم (٦)
- ٤- بطاقة صرف تعويض البطالة على النموذج رقم (٢٧) بعد اعتمادها من مكتب العمل المختص
- ٥- شهادة قيد في سجل المتعطلين بمكتب العمل المختص
- ٦- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميزه) مرفق بها صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري

43- إيقاف صرف تعويض البطالة:

- ١- إخطار من مكتب القوى العاملة بعدم تردد المؤمن عليه في المواعيد القانونية المحددة
- ٢- إخطار من مكتب القوى العاملة يفيد رفض المؤمن عليه التدريب الذي يقرره مكتب العمل
- ٣- إخطار من مكتب القوى العاملة بتجنيد المؤمن عليه
- ٤- بيان الدخل في حالة الحصول على دخل من عمل لدى الغير إن وجد
- ٥- بيان معتمد من الجهة المستحق منها المعاش أو المعاشات الأخرى إن وجدت (معاش عسكري - معاش ضباط الشرطة)

44- إخطار عن وقوع إصابة عمل:

نوع الإصابة	المستندات
<u>الإصابة بأحد الأمراض المهنية</u>	١- إخطار عن وقوع الإصابة على النموذج رقم (٢٢)

المستندات	نوع الإصابة
٢- تقرير إداري معتمد من صاحب العمل يوضح طبيعة عمل المؤمن عليه ومدى تعرضه للإصابة بأحد الأمراض المهنية الموضحة بالجدول رقم (١) المرفق بالقانون بحكم طبيعة عمله ٣- قرار لجنة الأمراض المهنية بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي يفيد إرتباط المرض الموضح بالجدول بطبيعة عمله الذي يؤديه	
١- إخطار عن وقوع الإصابة على النموذج رقم (٢٢) ٢- محضر الشرطة للحادث - أو صورة معتمدة ومختومة بخاتم شعار الجمهورية- وذلك عن كل حادث يقع اثناء العمل أو بسبب العمل أو أثناء الذهاب أو العودة من العمل، ويكتفى بمحضر تحقيق إداري يجرى بمعرفة السلطة المختصة لدى صاحب العمل في حالة وقوع الحادث داخل دائرة العمل وذلك بالنسبة للمؤمن عليهم العاملين بالجهاز الادارى للدولة والقطاع العام وقطاع الأعمال العام ٣- التقرير الطبي الأولي الصادر عن الهيئة المعنية بالتأمين الصحي، أو التقرير الطبي الصادر فور وقوع الإصابة إن وجد ٤- إقرار من صاحب العمل بالطريق المعتاد للمصاب ومحل إقامته في حالة إصابة العمل بالطريق اثناء الذهاب للعمل أو العودة منه صورة معتمدة من قرار التكليف للمصاب في حالة إصابته أثناء توجهه إلى مأمورية مصلحة خارج دائرة العمل	<u>الإصابة نتيجة</u> <u>حادث أثناء العمل</u> <u>أو بسببه أو حادث</u> <u>طريق</u>
١- إخطار عن وقوع الإصابة على النموذج رقم (٢٣) ٢- 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)	<u>إخطار عن وقوع</u> <u>إصابة عمل خارج</u> <u>البلاد:</u>
١- إخطار عن وقوع الإصابة على النموذج رقم (٢٤) ٢- تقرير من صاحب العمل موضحاً به:	<u>إخطار إصابة عمل</u> <u>ناتجة عن الإجهاد:</u>

نوع الإصابة	المستندات
	• بيان طبيعة عمل المصاب واختصاصاته وتاريخ بدء مزاولته ومستوى أدائه • 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 وتدعيم ذلك بالمستندات • الملف الطبي للمصاب من واقع ملف الخدمة وإجازاته المرضية • 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

45- طلب التظلم من قرار لجنة الإجهاد:

□ - طلب التظلم على النموذج رقم (٦٢)

□ - أي مستند مؤيد للتظلم

46- طلب صرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال في حالة الإصابة:

١- نموذج رقم (٢٢) إخطار وقوع الإصابة

٢- التقرير الطبي الأولي عن حالة المصاب

٣- بطاقة التردد لمركز إصابات العمل

47- طلب صرف تعويض الأجر (الإصابي - المرضى) المنصرف نيابة عن الهيئة:

١- طلب صاحب العمل بصرف قيمة تعويض الأجر (الإصابي - المرضى) التي قام بصرفها للمؤمن عليهم

من العاملين لديه نيابة عن الهيئة شهرياً

٢- قرارات الإجازة الصادرة من الهيئة المعنية للتأمين الصحي أو مركز إصابات العمل

48- طلب إعادة الفحص الطبي:

- ١- طلب العرض على اللجنة الطبية لإثبات حالة العجز على النموذج رقم (٥٨).
- ٢- بيان معتمد من الجهة الطبية المنوط بها الكشف الدوري وذلك بالنسبة للمصابين الذين يخضعون لكشف طبي دوري يحدد مدى صلاحيتهم لمزاولة المهنة أو المستوى المهاري.
- ٣- الإخطار بتقدير درجة العجز السابقة
- ٤- القرار الصادر من المجالس الطبية المتخصصة لهيئة الشرطة (يختص بالضباط والأفراد بوزارة الداخلية)

49- طلب عرض المؤمن عليه على لجنة العجز (المرضى):

- ١- طلب العرض على اللجنة الطبية لإثبات حالة العجز على نموذج رقم (٥٨)
- ٢- بيان طبيعة عمل المؤمن عليه في حالة استمراره في العمل
- ٣- بيان بالإجازات المرضية التي حصل عليها المؤمن عليه بالنسبة للعاملين لدى الغير

50- طلب عرض المؤمن عليه على لجنة العجز (الإصابي):

- ١- طلب العرض على اللجنة الطبية لإثبات حالة العجز على النموذج رقم (٥٨)
- ٢- 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
- ٣- بيان طبيعة عمل المصاب واختصاصاته وتاريخ بدء مزاولته العمل ومستوى أدائه والعمل المكلف به

51- طلب عرض المؤمن عليه على اللجنة الخماسية:

- ١- طلب المؤمن عليه / صاحب العمل عرض المؤمن عليه على اللجنة الخماسية على النموذج رقم (٥٩)
- ٢- شهادة ثبوت العجز الجزئي المستديم عن طريق الأنظمة الآلية أو من واقع ملف المؤمن عليه

- ٣- صورة من الكشف الطبي عند دخول الخدمة أو صورة التأهيل المهني
- ٤- صورة من بطاقة الوصف الوظيفي وجدول ترتيب الوظائف بالجهة (العاملين بالقطاع الحكومي - القطاع العام وقطاع الأعمال العام) في حالة توافرها
- ٥- بيان بالإجازات المرضية خلال الثلاث سنوات السابقة على العرض على اللجنة الطبية (أو المدة من تاريخ التعيين إن قلت عن ذلك)
- ٦- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية

52- طلب صرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال في حالة المرض:

- ١- طلب بصرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال على النموذج رقم (٣١) مرفقاً به أحد المستندات الآتية:
- قرار اللجنة الطبية بمنح الإجازة
 - إخطار إجازة مرضية
 - شهادة ميلاد الطفل في حالة صرف تعويض الأجر في حالة الوضع

53- طلب العرض على لجنة التحكيم الطبي:

- ١- طلب تحكيم طبي على النموذج رقم (٢٥)
- ٢- الشهادات الطبية المؤيدة للحالة
- ٣- إشعار السداد الإلكتروني

54- طلب العرض على لجان فحص المنازعات:

- مستندات المنازعات الخاصة بحالات عجز الإبن أو الأخ العاجز عن الكسب:
١. طلب عرض النزاع على لجنة فحص المنازعات على النموذج رقم (٦٥)
٢. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
٣. قراري اللجنة الطبية العامة (لجنة العجز) و لجنة التحكيم
٤. المستندات المؤيدة للطلب إن وجدت

55- طلب صرف إعانة العجز (إعانة المرافق):

- ١- طلب العرض على الهيئة المعنية بالتأمين الصحي لتقرير مدى حاجة صاحب الشأن إلى المعاونة الدائمة من شخص آخر على النموذج رقم (٦٣)
- ٢- صورة بطاقة الرقم القومي لصاحب الشأن على أن تكون سارية

56- طلب إعادة النظر في قرار لجنة العجز على صرف إعانة العجز (إعانة المرافق):

- ١- طلب إعادة النظر في قرار لجنة العجز على النموذج رقم (٦٤)
- ٢- قرار اللجنة الطبية المطلوب إعادة النظر فيه

57- طلب عرض الإبن / الأخ على لجنة العجز:

- في حالة الابن أو الأخ:

مستندات تقدم للعرض على الهيئة المعنية بالتأمين الصحي:

- ١- طلب الصرف على النموذج رقم (٣٠).
 - ٢- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
- وفى حالة استحقاق المعاش تقدم المستندات الآتية :

- قرار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي إذا كان القرار باستحقاق الأخ المعاش، تُقدم المستندات الواردة في استحقاق الإبن بالإضافة إلى المستندات الآتية: ١- طلب صرف على النموذج رقم (٢٩). ٢- صافي الدخل الخاضع للضريبة إذا كان الدخل من مزاولة مهنة أو نشاط مستقل.	- قرار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي إذا كان القرار باستحقاق الإبن للمعاش، تُقدم المستندات الآتية: ١- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميزه) مرفق بها صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو
--	---

٣- بيان بالقيمة الإيجارية للقيراط إذا كان الدخل من أرض زراعية.	موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري
٤- بيان من الضرائب العقارية إذا كان الدخل من عقار.	٢- توكيل شهر عقاري (عام أو خاص) في حالة الصرف بتوكيل، أو استيفاء نموذج توكيل
٥- بيان ببيع الاستثمار إذا كان الدخل من ودائع لدى البنوك.	الهيئة في حالة صرف المعاش للوكيل على النموذج رقم (٣٧)
٦- الإقرار المرفق بالنموذج رقم (٥٤) بعدم الحصول على أية دخول أخرى بخلاف المدونة بالنموذج.	٣- إقرار معتمد من مأمور السجن إذا كان الابن مسجوناً ٤- قرار القوامه في حالة تقدم القيم بطلب صرف المعاش
٧- شهادات ميلاد ممكنة لأولاد الأخ.	٥- بيان بال قيد في النقابة إن وجد
٨- أو بطاقات الرقم القومي لأولاد الأخ وكذلك بطاقة الرقم القومي للوالد ، على أن تكون سارية.	٦- إقرار بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة أو عدم الحصول على معاش آخر وعدم القيد بأى نقابة مهنية
	٧- بيان الدخل في حالة الحصول على دخل من عمل لدى الغير إن وجد
	٨- بيان المعاش الآخر إذا كان المعاش الآخر مستحق بالقوات المسلحة أو وزارة الداخلية
	٩- صورة بطاقة إثبات الإعاقة والخدمات المتكاملة إن وجدت

خامساً: خدمات أصحاب المعاشات والمستفيدين

58- طلب صرف مستحقات تأمينية للمؤمن عليه:

• صرف المعاش:

- ١- طلب صرف مستحقات تأمينية على النموذج رقم (٢٠)
- ٢- بيان معتمد من الجهة المستحق منها المعاش أو المعاشات الأخرى إن وجدت (معاش عسكري - معاش ضباط الشرطة)
- ٣- توكيل شهر عقاري (عام أو خاص) أو استيفاء نموذج توكيل الهيئة في حالة صرف المعاش للوكيل على النموذج رقم (٣٧)
- ٤- إقرار معتمد من مأمور السجن إذا كان المؤمن عليه مسجوناً
- ٥- قرار القوامة إن وجد
- ٦- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميزه) مرفق بها صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري

• صرف تعويض الدفعة الواحدة:

- ١- طلب صرف مستحقات تأمينية على النموذج رقم (٢٠)
- ٢- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميزه) مرفق بها صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري
- ٣- توكيل بصرف التعويض في حالة الرغبة بصرف التعويض بالتوكيل
- ٤- إقرار معتمد من مأمور السجن إذا كان المؤمن عليه مسجوناً
- ٥- قرار القوامة إن وجد
- ٦- أحد المستندات الآتية بحسب سبب الاستحقاق وفقاً لما يلي:

- تأشيرة مصلحة وثائق السفر بالموافقة على الهجرة في حالة طلب صرف تعويض دفعة واحدة لهجرة المؤمن عليه المصري
- 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 في حالة طلب صرف تعويض دفعة واحدة لمغادرة الأجنبي للبلاد نهائيا
- عقد العمل غير محدد المدة في الخارج للمؤمن عليه لحساب نفسه محرر باللغة العربية أو مترجم ترجمة رسمية إلى هذه اللغة ويصدق عليه من السفارة أو القنصلية المصرية في الخارج وتعتمد من وزارة الخارجية، وذلك في حالة طلب صرف تعويض دفعة واحدة في حالة اشتغال المؤمن عليه الأجنبي بالخارج بصفة دائمة، كما يرفق بطلب الصرف في حالة التحاق المؤمن عليه الأجنبي بالبعثة الدبلوماسية بسفارة أو قنصلية دولته في جمهورية مصر العربية شهادة تفيد ذلك من وزارة الخارجية المصرية
- شهادة من مصلحة السجون تفيد بيان مدة السجن في حالة طلب صرف تعويض دفعة واحدة لصدور الحكم نهائيا على المؤمن عليه بالسجن للمدة الباقية لبلوغه سن الشيخوخة
- شهادة طبية صادرة من السلطة المختصة بمصلحة السجون تفيد عجزه المستديم الذي يمنعه من مزاولة العمل معتمدة من الهيئة المعنية بالتأمين الصحي في حالة طلب صرف تعويض دفعة واحدة للعجز أثناء مدة السجن
- شهادة ثبوت العجز
- شهادة من الجهة الدينية المختصة معتمدة من وزارة الداخلية في حالة طلب صرف تعويض دفعة واحدة لانتظام المؤمن عليه في سلك الرهبنة

59- طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين:

- أولاً: المعاش:
- ١- طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين على النموذج رقم (٢٨)
- ٢- شهادة وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش أو مستخرج رسمي منها أو ملخص معتمد لشهادة الوفاة في حاله عدم سابقة تقديمها

٣- توكيل شهر عقاري (عام أو خاص) أو استيفاء نموذج توكيل الهيئة على النموذج رقم (٣٧) في حالة صرف المعاش للوكيل

٤- إقرار معتمد من مأمور السجن إذ كان المستحق مسجوناً

٥- شهادات الميلاد المميكنة للمستحقين

٦- صور بطاقات الرقم القومي للحاصلين عليها من المستحقين بالمعاش على أن تكون سارية

٧- قرار الوصاية أو قرار القوامة في حالة الصرف للوصى أو القيم

• الحصول على معاش آخر:

- في حالة حصول المستحق على المعاش من الهيئة، يستوفى رقم المعاش ولا يطلب بيان معاش
- بيان معاش معتمد من ادارة معاشات القوات المسلحة أو ادارة معاشات ضباط الشرطة

• الحصول على دخل من عمل أو مهنة:

- الحصول على دخل من عمل:
- بيان بتاريخ الاشتغال وقيمة صافى الدخل بمراعاة ما ورد بأحكام المادة (٢٦٩) من اللائحة التنفيذية للقانون بشأن المقصود بصافى الدخل

- الحصول على دخل من مهنة:

- التقدم بأحد المستندات الآتية على حسب الأحوال:
 - بيان بتاريخ مزاوله المهنة والدخل الصافي الخاضع للضريبة من مصلحة الضرائب
 - بيان يفيد تاريخ القيد ونوع الجدول المقيد به في حالة القيد بنقابة مهنية
- ٨- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميزه) مرفق به صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري

٩- صورة بطاقة الخدمات المتكاملة للأشخاص ذوى الاعاقة

١٠- إرفاق أحد المستندات الآتية على حسب الأحوال:

– الأرملة:

- وثيقة الزواج في حالة وجود نزاع حول صحة الزواج، ويُقبل إثبات الزواج بموجب الإعلام الشرعي أو بشهادة ميلاد أحد الأولاد في الحالات التي جرت فيها العادة على عدم توثيق الزواج في الوحدات المحلية التي يجري فيها العرف بذلك.

– الإبنة:

- الإبنة المطلقة:
 - إشهاد الطلاق
- الإبنة المترملة:
 - وثيقة الزواج
 - شهادة وفاة الزوج

– الإبن:

- الإبن الطالب
 - إفادة من جهة التعليم بما لا يجاوز مرحلة البكالوريوس أو الليسانس تثبت التحاق الابن الذي جاوز سن الحادية والعشرين ولم يتجاوز سن السادسة والعشرين، وإذا كانت جهة التعليم خاصة أو خارج البلاد تعتمد الإفادة من وزارة التربية والتعليم أو التعليم العالي بحسب الأحوال بخاتم شعار الجمهورية
- الإبن الحاصل على مؤهل
 - الشهادة الدالة على الحصول على البكالوريوس أو الليسانس للابن الذي تجاوز سن الحادية والعشرين ولم يبلغ سن السادسة والعشرين، أو الشهادة الدالة على الحصول على مؤهل نهائي أقل وذلك بالنسبة لمن تجاوز سن الحادية والعشرين ولم يبلغ سن الرابعة والعشرين. وإذا كانت جهة التعليم خاصة أو خارج البلاد تعتمد الشهادة من وزارة التربية والتعليم أو التعليم العالي بحسب الأحوال بخاتم شعار الجمهورية

▪ الإبن العاجز:

- شهادة طبية من أحد الأطباء المتخصصين تفيد أن حالة الابن لا تمنعه من صرف معاشه بنفسه إذا كان عاجز الابن نتيجة إصابته بأحد الأمراض العقلية أو النفسية وتقدم بطلب صرف المعاش بإسمه

– الإخوة والأخوات:

- طلب صرف الحقوق التأمينية للمستفيدين على النموذج رقم (٢٩)
- الإقرار المرفق بالنموذج رقم (٥٤) بعدم الحصول على أية دخول أخرى بخلاف المدونة بالنموذج.
- التقدم بالمستندات الآتية على حسب الأحوال:
 - صافي الدخل الخاضع للضريبة إذا كان الدخل من مزاولة مهنة أو نشاط مستقل
 - بيان بالقيمة الإيجارية للقيراط إذا كان الدخل من أرض زراعية
 - بيان من الضرائب العقارية إذا كان الدخل من عقار
 - بيان بريع الاستثمار إذا كان الدخل من ودائع لدى البنوك
 - بيان معاش إذا كان المعاش المستحق من إدارة تأمين ومعاشات القوات المسلحة أو إدارة معاشات الشرطة
 - شهادات ميلاد مميكنة لأولاد الأخت
 - أو صور بطاقات الرقم القومي لأولاد الأخت وكذلك بطاقة الرقم القومي للوالد

• ثانياً: تعويض الدفعة الواحدة:

- ذات المستندات الواردة بالبند أولاً باستثناء مستندات اثبات المعاش الآخر أو الدخل للمستحقين

60- طلب صرف المعاش بعد وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش:

– في حالة الإبن أو الأخ

- مستندات تقدم للعرض على الهيئة المعنية بالتأمين الصحي

- طلب الصرف على النموذج رقم (٣٠)
- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية

• قرار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي

إذا كان القرار باستحقاق الإبن للمعاش، تُقدم المستندات الآتية:

- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميزه) مرفق بها صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري
- توكيل شهر عقاري (عام أو خاص) أو استيفاء نموذج توكيل الهيئة في حالة صرف المعاش للوكيل على النموذج رقم (٣٧)
- إقرار معتمد من مأمور السجن إذا كان المستحق مسجوناً
- قرار القوامه في حالة تقدم القيم بطلب صرف المعاش
- إقرار بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة أو عدم الحصول على معاش آخر وعدم القيد بنقابة مهنية
- بيان الدخل في حالة الحصول على دخل من عمل لدى الغير إن وجد
- بيان المعاش الآخر إن وجد
- بطاقة إثبات الإعاقة والخدمات المتكاملة إن وجدت
- شهادة الميلاد المميكنة

• قرار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي

إذا كان القرار باستحقاق الأخ المعاش، تُقدم المستندات الواردة في استحقاق الإبن بالإضافة إلى

المستندات الآتية:

- طلب صرف الحقوق التأمينية على النموذج رقم (٢٩).
- شهادة الميلاد المميكنة.

- صافي الدخل الخاضع للضريبة إذا كان الدخل من مزاولة مهنة أو نشاط مستقل.
- بيان بالقيمة الإيجارية للقيراط إذا كان الدخل من أرض زراعية.
- بيان من الضرائب العقارية إذا كان الدخل من عقار.
- بيان ببيع الاستثمار إذا كان الدخل من ودائع لدى البنوك.
- الإقرار المرفق بالنموذج رقم (٥٤) بعدم الحصول على أية دخول أخرى بخلاف المدونة بالنموذج.
- شهادات ميلاد ممكنة لأولاد الأخ
- أو صور بطاقات الرقم القومي لأولاد الأخ و كذلك بطاقة الرقم القومي للوالد.

- في حالة الإنابة:

- طلب صرف المعاش على النموذج رقم (٣٠)
- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
- شهادة الميلاد المميكنة
- وثيقة الزواج وشهادة وفاة الزوج في حالة الترمول
- إشهاد الطلاق في حالة الطلاق
- إقرار بعدم الزواج منذ الترمول أو الطلاق وحتى تاريخ تقديم طلب الصرف
- إقرار بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة أو عدم الحصول على معاش آخر على النموذج رقم (٥٢)
- بيان بالقيدين في النقابة بحسب الأحوال
- بيان الدخل في حالة الحصول على دخل من عمل لدى الغير
- بيان المعاش الآخر في حالة إستحقاق معاش من القوات المسلحة أو إدارة معاشات الشرطة
- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميزه) مرفق بها صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري

- توكيل شهر عقاري (عام أو خاص) أو استيفاء نموذج توكيل الهيئة في حالة صرف المعاش للوكيل على النموذج رقم (٣٧)
- إقرار معتمد من مأمور السجن إذا كان المستحق مسجوناً
- قرار القوامة في حالة تقدم القيم بطلب صرف المعاش
- بطاقة إثبات الإعاقة والخدمات المتكاملة إن وجدت

- في حالة الأخت:

- توفى المستندات المطلوبة في حالة استحقاق الابنة بجانب المستندات التالية:
 - طلب صرف المعاش على النموذج رقم (٣٠)
 - شهادة الميلاد المميكنة
 - صافي الدخل الخاضع للضريبة إذا كان الدخل من مزاولة مهنة أو نشاط مستقل
 - بيان بالقيمة الإيجارية للقيراط إذا كان الدخل من أرض زراعية
 - بيان من الضرائب العقارية إذا كان الدخل من عقار
 - بيان ببيع الاستثمار إذا كان الدخل من ودائع لدى البنوك
 - الإقرار المرفق بالنموذج رقم (٥٤) بعدم الحصول على أية دخول أخرى بخلاف المدونة بالنموذج
 - شهادات ميلاد مميكنة لأولاد الأخت
 - أو صور بطاقات الرقم القومي لأولاد الأخت و كذلك بطاقة الرقم القومي للوالد

61- قطع معاش المستحقين وصرف المنحة:

- في حالة الوفاة:

- بيان وزارة الصحة بما يفيد وفاة المستحق (عن طريق الربط الالكتروني) .
- شهادة الوفاة أو مستخرج رسمي منها أو ملخص معتمد لشهادة الوفاة.

- في حالة الحصول على معاش آخر ذو أولوية أعلى:

- بيان المعاش (القوات المسلحة – ضباط الشرطة)

- في حالة بلوغ الإبن أو الأخ سن قطع المعاش:

- استيفاء إقرار من القائم بالصرف أو المستحق بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة وعدم الحصول على معاش آخر أو بيان القيد بأحد النقابات المهنية بحسب الأحوال
- صورة بطاقة الرقم القومي للمستحق على أن تكون سارية
- طلب صرف منحة القطع على النموذج رقم (٣٢)
- المؤهل الدراسي إن وجد

- في حالة التحاق الإبن أو الأخ بعمل أو مزاولة مهنة:

- خطاب ببدائية مزاولة المهنة من مأمورية ضرائب المهن الحرة أو المهن غير التجارية أو خطاب من النقابة المختصة بتاريخ القيد في جدول المشتغلين
- خطاب من جهة العمل ببدائية العمل لديها أو صورة من عقد العمل أو صورة من تأشيرة السفر في حالة الاشتغال خارج البلاد
- صورة بطاقة الرقم القومي للمستحق على أن تكون سارية
- طلب صرف منحة القطع على النموذج رقم (٣٢)

- في حالة زوال حالة العجز للإبن أو الأخ:

- قرار اللجنة الطبية بالهيئة المعنية بالتأمين الصحي بزوال حالة العجز
- صورة بطاقة الرقم القومي للمستحق على أن تكون سارية
- طلب صرف منحة القطع على النموذج رقم (٣٢)
- إقرار بعدم الإلتحاق بالعمل أو مزاولة المهنة في حالة عدم الإشتغال

- في حالة انتفاء شرط من شروط الإعالة بالنسبة للأخ أو الأخت:

- المستند المثبت لإنتهاء أى شرط من شروط الإعالة

- في حالة زواج الإبنة أو الأخت:

- بيانات الزواج في حالة ورودها للهيئة من جهات الربط الإلكتروني
- أو عقد الزواج

- أو الإعلام الشرعي أو شهادة ميلاد أحد الاولاد في الحالات التي جرت فيها العادة على عدم توثيق الزواج في الوحدات المحلية التي يجري فيها العرف بذلك
- أو عقد الزواج العرفي
- أو تحريات قسم الشرطة التي تفيد زواج الابنة أو الأخت، ويتم مخاطبة أصحاب الشأن لتقديم صورة من وثيقة أو عقد الزواج
- إقرار بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة
- صورة بطاقة الرقم القومي للمستحقة على أن تكون سارية
- طلب صرف منحة الزواج على النموذج رقم (٣٢)

- في حالة زواج الأرملة أو الأرمل أو المطلقة:

- بيانات الزواج في حالة ورودها للهيئة من جهات الربط الإلكتروني
- أو عقد الزواج أو عقد الزواج العرفي
- أو الإعلام الشرعي أو شهادة ميلاد أحد الاولاد في الحالات التي جرت فيها العادة على عدم توثيق الزواج في الوحدات المحلية التي يجري فيها العرف بذلك
- أو تحريات قسم الشرطة التي تفيد زواج الأرملة أو الأرمل أو المطلقة، ويتم مخاطبة أصحاب الشأن لتقديم صورة من وثيقة أو عقد الزواج
- صورة بطاقة الرقم القومي للمستحق على أن تكون سارية

62- طلب صرف إعانة الفقد:

- ١- المستندات الواردة بخدمة طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين
- ٢- صورة رسمية من محضر الشرطة المحرر عند الفقد
- ٣- شهادة معتمدة من قسم الشرطة المختص بأن المفقود لم يعثر عليه خلال ثلاثة أشهر من تاريخ الفقد
- ٤- شهادة معتمدة من جهة العمل التابع لها المؤمن عليه توضح تفصيلياً نوع العمل الذي فقد أثناء تأديته؛ وذلك إذا كان الفقد أثناء تأدية العمل (في حالة فقد المؤمن عليه)

63- متابعة حالة المفقود:

- في حالة: فوات أربع سنوات أو ثبوت الوفاة الحقيقية أو الحكمية:
المستندات الواردة بخدمة طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين

- في حالة: ظهور المفقود حيًا:

- ١- التقدم بإقرار يفيد ظهور المؤمن عليه أو صاحب المعاش حيًا
- ٢- محضر التحقيق مع المؤمن عليه

64- طلب صرف نفقة شرعية:

- في حالة ورود الطلب من صاحب الشأن أو جهة عمل المؤمن عليه

- ١- طلب من مستحق النفقة على النموذج رقم (٥٦)
- ٢- أصل السند التنفيذي المعلن للحكم (الصيغة الأولى التنفيذية للحكم)
- ٣- صورة بطاقة الرقم القومي للقائم بصرف النفقة على أن تكون سارية
- ٤- صورة شهادة الميلاد لمستحق النفقة القاصر
- ٥- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميه) مرفق به صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري

- في حالة ورود خطاب من بنك ناصر الاجتماعي

- ١- خطاب من بنك ناصر الاجتماعي
- ٢- صورة طبق الاصل من الصيغة الأولى التنفيذية لحكم النفقة وما يفيد تمام الاعلان

65- طلب صرف مستحقات معلاة أو موقوفة:

- ١- طلب صرف المستحقات الموقوفة أو المعلاة على النموذج رقم (٥٦)
- ٢- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية

٣- المستند المطلوب لزوال سبب التعلية أو الإيقاف

66- طلب منح أو تحسين معاش بصفة استثنائية:

- المؤمن عليه المنتهية خدمته بالجهاز الإداري للدولة والقطاع العام وقطاع الأعمال العام ولم تتوافر فيه شروط استحقاق المعاش أو المستحقين عنه:
- صاحب المعاش من العاملين السابقين بالجهاز الإداري للدولة والقطاع العام وقطاع الأعمال العام أو أو المستحقين عنه:
- أرملة وأولاد الابن المعاق المتوفى إذا كان مستحق للمعاش حال حياته للعجز عن الكسب مدى الحياة:

- ١- طلب منح معاش استثنائي أو تحسين المعاش بصفة استثنائية
- ٢- بحث اجتماعي معتمد من مكتب التضامن الاجتماعي موضح به الظروف الاجتماعية (إذا كان طلب المنح أو التحسين لظروف اجتماعية)
- ٣- شهادة معتمدة من احد اللجان الطبية التابعة للهيئة المعنية بالتأمين الصحي أو أحد المستشفيات الحكومية موضح بها الحالة المرضية لصاحب الشأن (إذا كان طلب المنح أو التحسين لظروف مرضية)
- ٤- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية، أو شهادة الميلاد المميكنة للمستحق في حالة عدم وجود بطاقة الرقم القومي

- من قدم خدمات جليلة للبلاد أو المستحقين عنه:

- ١- طلب منح أو تحسين معاش بصفة استثنائية
- ٢- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
- ٣- القرار الصادر من السلطة المختصة بشأن من قدم خدمات جليلة للبلاد

- قدامى النقايبين أو أسرهم:

- ١- طلب منح معاش استثنائي أو تحسينه بصفة استثنائية
- ٢- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية، أو شهادة الميلاد المميكنة للمستحق في حالة عدم وجود بطاقة الرقم القومي
- ٣- قرار اللجنة المشكلة بالقانون رقم ٨٠ لسنة ١٩٧٣ بتكريم قدامى النقايبين

- تحسين معاشات أسر شهداء الإرهاب من رجال الشرطة ومنح أو تحسين معاشات أسر شهداء الإرهاب من المدنيين:

- ١- طلب تحسين أو منح معاش بصفة استثنائية
- ٢- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية، أو شهادة الميلاد المميكنة للمستحق في حالة عدم وجود بطاقة الرقم القومي
- ٣- قرار السلطة المختصة باعتبار حالة الوفاة من حالات الاستشهاد جراء العمليات الإرهابية

- منح وتحسين المعاشات بصفة استثنائية لضحايا الكوارث العامة

- ١- طلب منح أو تحسين معاش بصفة استثنائية
- ٢- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
- ٣- القرار الصادر من السلطة المختصة

67- طلب صرف معاش مرتد:

- ١- طلب صرف المعاش المرتد على النموذج رقم (٥٦)
- ٢- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية

68- طلب تعديل جهة صرف المعاش:

- ١- طلب تعديل جهة صرف المعاش على النموذج رقم (٤٩)
- ٢- صورة بطاقة الرقم القومي لصاحب الشأن على أن تكون سارية
- ٣- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميزه) مرفق بها صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري
- ٤- موافقة البنك على إيقاف التحويل في حالة أن جهة الصرف الحالية أحد البنوك

69- طلب تغيير القائم بالصرف:

- ١- طلب تغيير القائم بالصرف على النموذج رقم (٥١) مرفقاً به المستندات الآتية:
 - ٢- موافقة البنك على التحويل على الحساب الجاري أو البطاقة المدفوعة مقدماً (بطاقة ميزه) مرفق بها صورة من البطاقة أو خطاب الجهة المصدرة للمحفظة الالكترونية أو موافقة هيئة البريد على التحويل للحساب الجاري
 - ٣- صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية، أو جواز السفر للقائم بالنسبة للأجانب
- في حالة تغيير اسم القائم بالصرف بموجب توكيل:

١. صورة توكيل الشهر العقاري (عام أو خاص) مع إطلاع الموظف المختص على أصل التوكيل
٢. أو طلب صرف المعاش بالتوكيل على النموذج رقم (٣٧)

- في حالة تغيير اسم القائم بالصرف لصاحب المعاش أو المستحق المسجون:

١. إقرار من صاحب المعاش أو المستحق المسجون بتعيين قائم بصرف المعاش عنه معتمد من مأمور السجن الموجود به

- في حالة تغيير اسم القائم بالصرف بموجب قرار وصاية أو قرار قوامة:

١. صورة رسمية من قرار الوصاية.
٢. أو صورة رسمية من قرار القوامة

70- طلب تجديد الصرف بالتوكيل:

١. إقرار باستمرار التوكيل على النموذج رقم (٣٨)
٢. صورة بطاقة رقم قومي للموكل على أن تكون سارية

71- الإبلاغ عن التحاق مستحق المعاش بعمل أو مزاولة مهنة:

١. صورة بطاقة الرقم القومي للمستحق على أن تكون سارية.
٢. إقرار بحدوث تغيير في شروط استحقاق المعاش على النموذج رقم (٣٦) مرفقاً به أحد المستندات الآتية:

- المستندات الواردة بحالات التحاق المستحقين من غير فئة الأرامل بعمل أو مزاولة مهنة.
- خطاب من جهة العمل بقيمة الدخل .
- تأشيرة السفر في حالة الاشتغال خارج البلاد.
- بيان من النقابة المختصة بتاريخ القيد في جداول المشتغلين
- بيان ببداية مزاولة المهنة من مأمورية ضرائب المهن الحرة أو المهن غير التجارية.

72- طلب إنتفاع الأرملة بالتأمين الصحي:

١. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
٢. نموذج إنتفاع الأرملة بأحكام التأمين الصحي نموذج (٩٩ مكرر)
٣. عدد (٢) صورة شخصية للأرملة

73- إعادة صرف المعاش:

- إعادة الصرف للإبن أو الأخ العاجز عند تجديد الكشف الطبى (القومسيون):

١. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
٢. طلب استمرار صرف المعاش
٣. إقرار بعدم الالتحاق بعمل أو مزاولة مهنة أو عدم الحصول على معاش آخر على النموذج رقم (٥٢)

- حالة إعادة مراعاة حدود الجمع بين المعاش والدخل:

١. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
٢. طلب استمرار صرف المعاش
٣. خطاب بقيمة الأجر من جهة العمل بمراعاة ما ورد بأحكام المادة (٢٦٩) من اللائحة التنفيذية للقانون بشأن المقصود بصافى الدخل
٤. صافي الدخل الخاضع للضريبة إذا كان الدخل من مزاولة مهنة أو نشاط مستقل

- حالة ترك العمل أو انتهاء مزاولة المهنة:

١. صورة بطاقة الرقم القومي على أن تكون سارية
٢. طلب استمرار صرف المعاش
٣. إقرار بعدم الإلتحاق بعمل أو مزاولة مهنة أو عدم الحصول على معاش آخر على النموذج رقم (٥٢)
٤. صورة بطاقة الخدمات المتكاملة لذوي الإعاقة
٥. خطاب جهة العمل بترك العمل
٦. خطاب بإلغاء ترخيص المزاولة
٧. خطاب من مصلحة الضرائب يفيد تاريخ التوقف كلى
٨. خطاب بتاريخ النقل لجداول غير المشتغلين أو إلغاء القيد أو اعتزال المهنة

74- طلب مراجعة حساب الحقوق التأمينية:

١. صورة بطاقة الرقم القومي على ان تكون سارية.
٢. طلب مراجعة حساب الحقوق التأمينية على النموذج رقم (٥٥).
٣. المستندات المؤيدة للطلب إن وجدت.

75- طلب تعديل عنوان / رقم تليفون صاحب معاش أو المستفيد:

١. طلب تعديل العنوان / رقم التليفون على النموذج رقم (٤٨).
٢. صورة بطاقة الرقم القومي لصاحب الشأن على أن تكون سارية.

سابعاً: الخدمات المقدمة من الهيئة

م	الخدمات
أولاً: الخدمات التأمينية الفورية	
١	الحصول على بيان معاش
٢	إصدار الخطابات أو مستخرجات الحاسب الآلي
٣	اعتماد استمارة بطاقة تحقيق الشخصية
٤	طلب نماذج الهيئة (مطبوعات ذات قيمة)
٥	طلب استخراج البطاقة العلاجية لصاحب المعاش
ثانياً: خدمات أصحاب الأعمال والمنشآت	
١	طلب إشترك منشأة
١,١	المنشآت الفردية وملاك شركات الشخص الواحد
١,٢	شركات الأشخاص (التضامن – التوصية البسيطة)
١,٣	شركات الأموال (المساهمة – التوصية بالأسهم – ذات المسؤولية المحدودة)
١,٤	الوكلاء التجاريون
١,٥	أصحاب وسائل النقل الآلية للأشخاص أو البضائع بما في ذلك وسائل النقل البري والنهري والبحري والجوي
١,٦	أصحاب وسائل النقل البري للأشخاص والتي تعمل باستخدام تكنولوجيا المعلومات
١,٧	أصحاب مراكب الصيد الميكانيكية أو الشراعية
١,٨	أصحاب المخازن البلدية
٢	طلب إنهاء إشترك منشأة
٢,١	المنشآت الفردية وملاك شركات الشخص الواحد
٢,٢	شركات الأشخاص (التضامن – التوصية البسيطة)
٢,٣	شركات الأموال (المساهمة – التوصية بالأسهم – ذات المسؤولية المحدودة)
٢,٤	الوكلاء التجاريون
٢,٥	أصحاب وسائل النقل الآلية للأشخاص أو البضائع بما في ذلك وسائل النقل البري والنهري والبحري والجوي

م	الخدمات
٢,٦	أصحاب وسائل النقل البري للأشخاص والتي تعمل باستخدام تكنولوجيا المعلومات
٢,٧	أصحاب مراكب الصيد الميكانيكية أو الشراعية
٢,٨	أصحاب المخازن البلدية
٣	إخطار تغيير في بيانات المنشأة
٤	إخطار بدمج منشأتين أو أكثر
٥	إخطار عن عملية مقاوله
٦	الاعتراض على النسبة المقدرة عن عملية مقاوله
٧	طلب الترخيص للمنشأة بإنشاء جهاز تأمين اجتماعي
٨	طلب عرض علي لجنة بحث اعتراضات أصحاب الأعمال
٩	تقسيط مديونية صاحب عمل (تابع خدمات رفع الحجز الإداري)
١٠	طلب رفع الحجز
١١	طلب التصالح في الجرح
١٢	طلب تخفيض إشتراكات تأمين إصابات العمل وتأمين المرض (الحقوق المالية)
١٣	طلب تخفيض إشتراكات تأمين إصابات العمل وتأمين المرض (العلاج والرعاية الطبية)
١٤	طلب العرض على لجان فحص المنازل (مستندات المنازل للحالات العامة الناشئة عن تطبيق أحكام قانون التأمينات الاجتماعية والمعاشات)
١٥	طلب الاعتراض على قرار اللجنة الفنية للمقاولات
١٦	طلب تحويل الرصيد الدائن إلى منشأة مدينة
١٧	طلب تسوية بالخصم على حساب المنشأة
١٨	طلب استرداد المبالغ المسددة بالزيادة
ثالثاً: خدمات المؤمن عليه	
١	طلب إشتراك مؤمن عليه من غير أصحاب الأجور الحكومية
١,١	المؤمن عليهم من العاملين في الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والقطاع العام
١,٢	المؤمن عليهم من العاملين في القطاع الخاص
١,٣	المؤمن عليهم من أصحاب الأعمال ومن في حكمهم

م	الخدمات
١,٣,١	الأعضاء المنتجون في الجمعيات التعاونية
١,٣,٢	ملاك العقارات المبنية الذين لا يقل نصيب كل منهم من الدخل السنوي المتخذ أساساً لربط الضريبة عن فئة الحد الأدنى لأجر الاشتراك
١,٣,٣	المشتغلون بالمهن الحرة وأعضاء النقابات المهنية
١,٣,٤	ملاك وحائزو الأراضي الزراعية بما لا يقل عن فدان
١,٣,٥	الوكلاء التجاريون
١,٣,٦	المأذونون الشرعيون والموثقون المنتدبون من غير الرهبان
١,٣,٧	العمد والمشايع
١,٣,٨	المرشدون والأدلاء السياحيون وقصاصوا الأثر
١,٣,٩	القساوسة والشمامسة المكرسون
١,٣,١٠	الأدباء والفنانون
١,٣,١١	أصحاب الصناعات المنزلية والبيئية والريفية والأسرية
١,٤	المؤمن عليهم من العاملين المصريين بالخارج
١,٥	المؤمن عليهم من العمالة غير المنتظمة
٢	إنهاء إشترك مؤمن عليه من غير أصحاب الاجور الحكومية
٢,١	المؤمن عليهم من العاملين في الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة والقطاع العام
٢,٢	المؤمن عليهم من العاملين في القطاع الخاص
٢,٣	المؤمن عليهم من أصحاب الأعمال ومن في حكمهم
٢,٣,١	الأعضاء المنتجون في الجمعيات التعاونية
٢,٣,٢	ملاك العقارات المبنية الذين لا يقل نصيب كل منهم من الدخل السنوي المتخذ أساساً لربط الضريبة عن فئة الحد الأدنى لأجر الاشتراك
٢,٣,٣	المشتغلون بالمهن الحرة وأعضاء النقابات المهنية
٢,٣,٤	ملاك وحائزو الأراضي الزراعية بما لا يقل عن فدان
٢,٣,٥	الوكلاء التجاريون
٢,٣,٦	المأذونون الشرعيون والموثقون المنتدبون من غير الرهبان

م	الخدمات
٢,٣,٧	العمد والمشايخ
٢,٣,٨	المرشدون والأدلاء السياحيون وقصاصوا الأثر
٢,٣,٩	القساوسة والشمامسة المكرسون
٢,٣,١٠	الأدباء والفنانون
٢,٣,١١	أصحاب الصناعات المنزلية والبيئية والريفية والأسرية
٢,٤	المؤمن عليهم من العاملين المصريين بالخارج
٢,٥	المؤمن عليهم من العمالة غير المنتظمة
٣	طلب إشتراك مؤمن عليه من أصحاب الأجور الحكومية
٣,١	عمال المقاولات
٣,٢	عمال النقل البري
٣,٣	عمال الصيد
٣,٤	عمال المخازن البلدية
٤	إنهاء إشتراك مؤمن عليه من أصحاب الاجور الحكومية
٤,١	عمال المقاولات
٤,٢	عمال النقل البري
٤,٣	عمال الصيد
٤,٤	عمال المخازن البلدية
٥	طلب الإشتراك في نظام المعاش الاضافي
٦	تحديث أجور المؤمن عليهم
٧	طلب حساب مدة (شراء مدة)
٨	تعديل بيانات المؤمن عليه
٩	إبداء الرغبة في الإشتراك عن الإجازة الخاصة للعاملين بالقطاع الحكومي
١٠	إخطار نقل المؤمن عليه من فرع لآخر
١١	النزاع على إنهاء خدمة المؤمن عليه
١٢	سداد الإشتراكات والاقساط والمبالغ المستحقة
١٣	سداد إشتراكات الإجازة الخاصة

م	الخدمات
١٤	طلب تقسيط المبالغ المستحقة
١٥	طلب أداء القيمة الحالية للأقساط
١٦	طلب ضم المدة السابقة
١٧	طلب تسجيل رقم تأميني
١٨	طلب تعديل فئة دخل الإشتراك
١٨,١	تعديل فئة دخل الإشتراك إلى أي من فئات الدخل الأعلى
١٨,٢	تعديل فئة دخل الإشتراك إلى فئة الدخل الأقل مباشرة
١٨,٣	تعديل دخل مدد الإشتراك الفعلية منذ بدء إشتراك المؤمن عليه في النظام إلى دخل اشتراكه في تاريخ طلب التعديل
١٨,٤	تعديل دخل مدد الإشتراك الفعلية منذ بدء إشتراك المؤمن عليه في النظام إلى أي دخل أعلى
١٨,٥	تعديل بعض فئات الإشتراك بالتتابع من أولى المدد إلى فئة أعلى
رابعاً: خدمات البطالة وإصابة العمل والمرض والعجز	
١	طلب صرف تعويض البطالة
٢	إيقاف صرف تعويض البطالة
٣	إخطار عن وقوع إصابة العمل
٣,١	الإصابة بأحد الأمراض المهنية
٣,٢	الإصابة نتيجة حادث أثناء العمل أو بسببه أو حادث طريق
٣,٣	إخطار عن وقوع إصابة عمل خارج البلاد
٣,٤	إخطار إصابة عمل ناتجة عن الإجهاد
٤	طلب التظلم من قرار لجنة الإجهاد
٥	طلب صرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال في حالة الإصابة
٦	طلب صرف تعويض الأجر (إصابي - مرضي) المنصرف نيابة عن الهيئة
٧	طلب إعادة الفحص الطبي
٨	عرض المؤمن عليه على لجنة العجز (المرضى)
٩	عرض المؤمن عليه على لجنة العجز (الإصابي)
١٠	طلب عرض المؤمن عليه على اللجنة الخماسية

م	الخدمات
١١	طلب صرف تعويض الأجر ومصاريف الانتقال في حالة المرض
١٢	طلب العرض على لجنة التحكيم الطبي
١٣	طلب العرض على لجان فحص المنازعات (مستندات المنازعات الخاصة بحالات عجز الإبن أو الأخ العاجز عن الكسب)
١٤	طلب صرف إعانة العجز (إعانة المرافق)
١٥	طلب إعادة النظر في قرار لجنة العجز على صرف إعانة العجز (إعانة المرافق)
١٦	طلب عرض الإبن أو الأخ على لجنة العجز
١٦,١	مستندات تقدم للعرض على الهيئة المعنية بالتأمين الصحي
١٦,٢	مستندات تقدم بعد قرار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي باستحقاق الإبن للمعاش
١٦,٣	مستندات تقدم بعد قرار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي باستحقاق الأخ للمعاش
خامساً: خدمات أصحاب المعاشات والمستفيدين	
١	طلب صرف مستحقات تأمينية للمؤمن عليه
١,١	صرف المعاش
١,٢	صرف التعويض
٢	طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين
٢,١	صرف المعاش
٢,٢	صرف التعويض
٣	طلب صرف المعاش بعد وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش
٣,١	في حالة الإبن أو الأخ
٣,١,١	مستندات تقدم للعرض على الهيئة المعنية بالتأمين الصحي
٣,١,٢	مستندات تقدم بعد قرار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي باستحقاق الإبن للمعاش
٣,١,٣	مستندات تقدم بعد قرار الهيئة المعنية بالتأمين الصحي باستحقاق الأخ للمعاش
٣,٢	في حالة الإبنة
٣,٣	في حالة الأخت
٤	قطع معاش المستحقين وصرف المنحة
٤,١	في حالة الوفاة

م	الخدمات
٤,٢	في حالة الحصول على معاش آخر ذو أولوية أعلى
٤,٣	في حالة بلوغ الإبن أو الأخ سن قطع المعاش
٤,٤	في حالة التحاق الإبن أو الأخ بعمل أو مزاولة مهنة
٤,٥	في حالة زوال حالة العجز للإبن أو الأخ
٤,٦	في حالة انتفاء شرط من شروط الإعالة بالنسبة للأخ أو الأخت
٤,٧	في حالة زواج الإبنة أو الأخت
٤,٨	في حالة زواج الأرملة أو الأرمل أو المطلقة
٥	طلب صرف إعانة الفقد
٦	متابعة حالة المفقود
٦,١	في حالة: فوات أربع سنوات أو ثبوت الوفاة الحقيقية أو الحكومية
٦,٢	في حالة: ظهور المفقود حيًا
٧	طلب صرف نفقة شرعية
٧,١	في حالة ورود الطلب من صاحب الشأن أو جهة عمل المؤمن عليه
٧,٢	في حالة ورود خطاب من بنك ناصر الاجتماعي
٨	طلب صرف المستحقات الموقوف صرفها أو المعالة
٩	طلب منح المعاش أو تحسينه بصفة استثنائية
٩,١	المؤمن عليه المنتهية خدمته بالجهاز الإداري للدولة والقطاع العام وقطاع الأعمال العام ولم تتوافر فيه شروط استحقاق المعاش أو المستحقين عنه
٩,٢	صاحب المعاش من العاملين السابقين بالجهاز الإداري للدولة والقطاع العام وقطاع الأعمال العام أو المستحقين عنه
٩,٣	أرملة وأولاد الابن المعاق المتوفى إذا كان مستحق للمعاش حال حياته للعجز عن الكسب مدى الحياة
٩,٤	من قدم خدمات جليلة للبلاد أو المستحقين عنه
٩,٥	قدامى النقايبين أو أسرهم
٩,٦	تحسين معاشات أسر شهداء الإرهاب من رجال الشرطة ومنح أو تحسين معاشات أسر شهداء الإرهاب من المدنيين
٩,٧	منح وتحسين المعاشات بصفة استثنائية لضحايا الكوارث العامة

م	الخدمات
١٠	طلب صرف معاش مرتد
١١	طلب تعديل جهة صرف المعاش
١٢	طلب تغيير القائم بالصرف
١٢,١	في حالة تغيير اسم القائم بالصرف بموجب توكيل
١٢,٢	في حالة تغيير اسم القائم بالصرف لصاحب المعاش أو المستحق المسجون
١٢,٣	في حالة تغيير اسم القائم بالصرف بموجب قرار وصاية أو قرار قوامة
١٣	طلب تجديد الصرف بالتوكيل
١٤	الإبلاغ عن التحاق مستحق المعاش بعمل أو مزاولة مهنة
١٥	طلب إنتفاع الأرملة بالتأمين الصحي
١٦	إعادة صرف المعاش
١٦,١	إعادة الصرف للإبن أو الأخ العاجز عند تجديد الكشف الطبي (القومسيون)
١٦,٢	حالة إعادة مراعاة حدود الجمع بين المعاش والدخل
١٦,٣	حالة ترك العمل أو انتهاء مزاولة المهنة
١٧	طلب مراجعة حساب الحقوق التأمينية
١٨	طلب تعديل عنوان / رقم تليفون صاحب معاش أو مستفيد

ثامناً: مقابل أداء الخدمات المقدمة من الهيئة

م	مسمى الخدمة	القيمة بالجنية	ملاحظات
١	طلب عرض على لجنة بحث اعتراضات أصحاب الأعمال	١٠٠	رسم الاعتراض المقرر بالمادة (١٢٠)
٢	طلب الاعتراض على النسبة المقدرة عن عملية مقاوله	١٠٠	رسم الاعتراض المقرر بالمادة (١٢٠)
٣	طلب العرض على لجنة التحكيم الطبى (المؤمن عليه – الإبن أو الأخ)	٢٠	مقابل أداء الخدمة المقرر بالمادة (١٤٠)
٤	طلب بيان حالة تأمينية أو مستخرجات حاسب آلي	١٠	مقابل أداء الخدمة المقرر بالمادة (١٣٤)
٥	طلب الحصول على بيان معاش	١٠	مقابل أداء الخدمة المقرر بالمادة (١٣٤)
٦	طلب شهادة إنتظام لصاحب العمل بالقطاع الخاص في الإشتراك عن العاملين بالمنشأة لديه	١٠	مقابل أداء الخدمة المقرر بالمادة (١٣٦)
٧	شهادة وفاء بسداد الإشتراكات التأمينية لتقديمها للجهات المعنية على النموذج (٤٥)	١٠	مقابل أداء الخدمة المقرر بالمادة (١٣٦)
٨	بيان بالعمالة المستمرة أو المنتهية بمنشأة محددة	١٠	لكل صفحة ١٠ جنيهاً
٩	بيان بكشف حساب منشأة	١٠	لكل صفحة ١٠ جنيهاً
١٠	بيان الرصيد المدين / الربط	١٠	كتاب دورى ٢٠١٧/١ والمعدلة برسالة رئيس الصندوق العام والخاص رقم ٦ بتاريخ ٢٠٢٠/١/١
١١	شهادة تأمين عمال نقل برى على النموذج (٤٣)	١٠	
١٢	طلب رفع الحجز	١٠	
١٣	طلب التصالح في الجنح	١٠	

تاسعاً: النماذج

الفهرس

فهرس المستندات		
رقم النموذج	المسمى	م
١	طلب إشترك مؤمن عليه	١.
٢	طلب إشترك منشأة أو إخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم	٢.
٣	صحيفة البيانات الأساسية	٣.
٤	بيان بمدد الإشترك السابقة أو مدى إستحقاق معاش آخر	٤.
٥	نموذج بيانات التغطية التأمينية	٥.
٦	إخطار بإنهاء إشترك مؤمن عليه	٦.
٧	سجل قيد طلبات حساب المدد المشتراة والأقساط	٧.
٨	طلب حساب مدة ضمن مدة الإشترك	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 الإشترابات والأقساط	١٤.
١٥	حافضة تجميع الإشترابات 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 الإشترك عن مدة الإجازة الخاصة لغير العمل (المؤمن عليه)	١٩.
١٩ مكرر	إقرار بالرغبة في الإشترك 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



طلب اشتراك مؤمن عليه

الفئة : ١ عاملين لدى الغير ☐ ٢ أصحاب أعمال ☐ ٣ المصريين بالخارج ☐ ٤ عمالة غير منتظمة ☐

رقم المنشأة

اسم المنشأة: رقم التسجيل الضريبي للمنشأة: / /

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

اسم المؤمن عليه: الجنسية: المؤهل: كود المهنة: المسمى: تاريخ بدء الاشتراك:

نوع المدة:

المسمى: كود الاشتراك:

المسمى: القطاع:

أجر أساسي:

أجر / دخل الاشتراك:

الأجر الشامل:

قرش

جنيه

(لحساب ٧٪ وفقاً لقانون العمل) (لحساب اشتراك التأمين الصحي الشامل)

صلة القرابة بصاحب العمل: ☐ * تستوفى للأقارب حتى الدرجة الثانية بالمنشآت الفردية.

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز:

نسبة العجز: %

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

العنوان داخل مصر

عقار رقم:

شياخة / قرية:

شارع / حارة: قسم / مركز:

محافظة:

توقيع المؤمن عليه: توقيع المدير المسؤول: رقم التليفون: البريد الإلكتروني: تحريراً في: / /

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي:

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

ملحوظة: على صاحب العمل والعامل الإطلاع على التوجيهات الموضحة خلف النموذج مع التوقيع على الإقرار. (أنظر خلفه)

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						من			إلى						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:

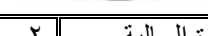
الرقم التأميني:

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 موسى 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 (۷)

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: معاملة السن من جدول (٣) المرفق بالقانون:

عدد السنوات المراد حسابها:			من			إلى		
٢٠			٢٠					

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

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

قيمة القسط الشهري	أجر حساب المدة	×	عدد السنوات	×	معاملة 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 الأجور 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 الإعتبارية:

تقدر تكلفة المدة الإعتبارية التي تلتزم بها وحدات القطاع العام الإقتصادية 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 بحور بمعرفة موظف الهيئة



حافطة تجميع 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 الصبغة 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 نهاية 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)

إِقْرَار

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 أقر بأن المبالغ المحتجزة من المقاولين لحساب الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي وفقاً للائحة 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:

[illegible]

العنوان:

رقم التليفون:

تحريراً فی : / / ۲۰

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 :
 موقعه من التجنيد :
 تاريخ دخوله الخدمة :
 قيمة القسط ونوعه :
 الأجر الفعلي :
 في اليوم : اعتباراً من :
 في الشهر : اعتباراً من :
 في الأسبوع : اعتباراً من :
 تاريخ خروجه نهائياً من الخدمة :
 توقيع صاحب العمل :
 مدة التقسيط : تاريخ بدء التقسيط :
 تاريخ نهاية التقسيط :

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



نموذج رقم (١٨)

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		أقساط المدة السابقة		اسم المؤمن عليه
إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		
قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	
																		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		أقساط المدة السابقة		البيان
إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		إضافة		
قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	
																		أقساط الشهر السابق
																		التغيير خلال الشهر الحالي مضاف مستبعد
																		صافي أقساط الشهر الحالي
فقط مبلغ وقدره: ()																		جملة الأقساط المستحقة خلال الشهر الحالي

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 المعامل 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

جهة العمل:

اسم المؤمن عليه:

الرقم القومي:

تاريخ الميلاد:

رقم المنشأة:

الرقم التأميني:

تاريخ الالتحاق بالخدمة:

الوظيفة:

أجر المؤمن عليه الشامل:

أقر أنا بأنني أرغب في الاشتراك في نظام المعاش الإضافي.

توقيع المؤمن عليه:

تحريراً في: 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:

تحريراً في: 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: يستحق لا يستحق	مكان وقوع الإصابة: رقم محضر الشرطة (إن وجد): اسم الشخص الذي نقل المصاب: موجز عن الإصابة وظروفها: أجر الاشتراك للمصاب: بيانات أخرى:	جهة العلاج المنقول إليها المصاب: صفته: طريقة أداء الأجر: توقيع صاحب العمل:

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 المرض بالجدول بطبيعة عمله 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 / / ٢٠.

وحيث أن ذلك يعتبر إصابة عمل، برجاء اتخاذ الإجراءات اللازمة لصرف الحقوق التأمينية المستحقة.

مقدمه

الاسم:

الرقم التأميني:

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

الرقم القومي:

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

العنوان:

رقم التليفون:

صفة مقدم الإخطار:

تحريراً في: / / ٢٠

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:				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:				طريقة أداء الأجر:							
الأمراض السابقة:											

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

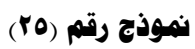
خاتم الجهة

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:

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

رقم المنشأة:

اسم المنشأة:

عنوان المنشأة:

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

الرقم التأميني:

اسم العامل:

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

الرقم القومي:

محل الإقامة:

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

سبب الانتهاء:

/ /

تاريخ انتهاء الخدمة:

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

المهنة:

/ /

تاريخ الالتحاق بالعمل:

/ /

تاريخ الإصدار:

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

رقم شهادة القيد:

توقيع المؤمن عليه:

تحريراً في: ٢٠ / /

الرقم القومي:

العنوان:

رقم التليفون:

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 هذا 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 باخري	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 متضامين 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 :

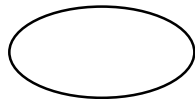
الموقعات على هذا هما السيد / والسيد /

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 أن 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:

جهة الصرف: 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.

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

إخطار ربط المعاش بصفة نهائية

السيد /

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

بنك

وستيتم 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.



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:.....

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

الرقم القومي للمقاول:

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 الأجرور 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 :

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

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

الرقم التأميني:

[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 :

الرقم التأمينيرقم الملف

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

..... السيد مدير مكتب :

أرجو التفضل بتحديث البيانات الخاصة بي لديكم على النحو التالي:

.....: العنوان الحالي:

رقم التليفون :

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

تحريراً في: / / ٢٠

مقدمه لسیادتکم

الاسم:

.....:التوقيع

[illegible][illegible]

..... السيد مدير مكتب :

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

.....: **جهة صرف المعاش**

رقم الحساب البنكي (I BAN):

[illegible]

رقم كارت ميزة:

[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

مقدمه لسیادتکم

الاسم:

.....: التوقيع:

الرقم التأميني:

[illegible]

رقم التليفون :

إرشادات

• المرفقات:

- يقدم صورة بطاقة الرقم القومي.
- 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.



نموذج رقم (٥٠)

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

الرقم التأميني

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

رقم الملف

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

الرقم القومي

اسم صاحب المعاش:

طلب إعادة صرف المعاش الموقوف

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة وبعد ،،

أرجو إعادة صرف المعاش المستحق لي عن السيد: بصفتي:

والسابق إيقافه بسبب :

وفي حالة استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلي قيامي بصرف أية مبالغ دون وجه حق أكون مسئولاً 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 ،،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

الاسم:

التوقيع:

الرقم التأميني:

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

الرقم القومي:

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

رقم التليفون :

تم التوقيع أمامي

اسم الموظف المختص :

الوظيفة :

التوقيع :

التاريخ :

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

الرقم التأميني

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

رقم الملف

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

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 مسئولاً 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 ،،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

الاسم:

التوقيع:

الرقم التأميني:

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

الرقم القومي:

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

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 الترميم 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،،

مقدمه 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 دخل أخرى بخلاف المدونة بالنموذج رقم (٢٩)

أقر أنا / : (أخ / أخت) المرحوم /

بأنه لا يوجد أية دخل أخرى بخلاف المدونة بنموذج () والمبينة تفصيلاً بهذا الإقرار ، وفي حاله استيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلي قيامي بصرف مبالغ دون وجه حق أكون مسؤولاً جنائياً ومادياً عن صرف 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 دخل 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

مقدمہ لسیادتکم

الاسم:

.....: التوقيع:

[illegible][illegible]

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

٣

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

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

رقم المنشأة:

اسم المنشأة:

عنوان المنشأة:

اسم العامل

المصاب/المريض:

الرقم القومي:

العنوان:

المهنة:

المستوى المهاري:

مدى الخضوع

لکشف طبي دوري

نعم

سبب الإحالة

للجنة العجز

ملخص تقرير لجنة الكشف الطبي الدوري:

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

خاتم المنشأة

توقيع المدير المسؤول

السيد الدكتور / مدير:

تحية طيبة وبعد،،،

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

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،

تحریراً فی: / / ۲۰

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 : ☐ القطاع : ☐

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 (إصابى / مرضى) السابق صرفه نيابة عن الهيئة

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

رقم المنشأة :

اسم المنشأة : وعنوانها :

برجاء التكرم بالموافقة علي (صرف قيمة / عمل مقاصة بقيمة) تعويض الأجر (إصابى - مرضى) السابق صرفه نيابة عن الهيئة بموجب قرار رئيس الهيئة رقم () لسنة بإجمالى (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 :

اسم صاحب المعاش:

طلب صرف إعانة عجز

السيد مدير مكتب :

تحية طيبة 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

اسم صاحب المعاش:

طلب إعادة النظر في قرار لجنة العجز على صرف إعانة عجز

السيد مدير مكتب :

تحيه طيبه 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:

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

السيد مدير مكتب :

تحيه طيبه 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

لعملية المقاوله 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 ،،،

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 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 :
جنيته

البيانات المعدلة

تاريخ بدء الاشتراك :

أجر / دخل الاشتراك بالحروف :
جنيته

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

		مؤمن عليه	١
		صاحب عمل	٢
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/حارةشياخة/ 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 :	جنيه 		

بيانات المنشأة المدينة

اسم المنشأة :		رقم المنشأة :	
رقم التسجيل الضريبي :		الرصيد المدين بالحروف :	.....
الرصيد المدين :	جنيه 		

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

مقدمه لسيادتكم

تحريراً في : / / ٢٠

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