

النماذج

بيان النماذج المرفقة
بقرار وزير المالية رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧
بشأن القواعد المنفذة لقانون التأمين الإجتماعي
الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥

م	إسم النموذج	رقم النموذج	رقم المادة
١	إخطار إشترك عامل	١	١١-٣/٩-٣/٥ ٢٤٩-١٣-١٢-٥
٢	صحيفة البيانات الأساسية	٥	٥/٥
٣	تحديد المستفيدين من التعويض الإضافي	١٠٥	١٤٣-٦/٥
٤	تحديد المستفيدين من منحة الوفاة	١٠٥ مكرر	١٤٣-٧/٥ ١٤٣
٥	بيان من المؤمن عليه بمدد الإشتراك السابقة أو مدى إستحقاق معاش آخر	٧	٧-٨/٥
٦	بيانات التغطية التأمينية	١٠	١٠-١٠/٥
٧	إستمارة حساب أو الإشتراك عن مدة وفقا لأحكام المادة ٣٣، ٣٤، ٤١	٤٤	٤٤-٢/٥
٨	إخطار إنتهاء خدمة مؤمن عليه	٦	١٤-٢/٥ ١٣٣-١٣٢
٩	طلب صاحب العمل إعتبار جميع الفروع وحدة واحدة أو أكثر في مجال علاقتها مع الصندوق	٨	٨
١٠	طلب إشتراك صاحب العمل وبيان التعديلات التي طرأت على العاملين وأجورهم	٢	٢٥٠-١٣-١٠-٩
١١	نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول	٩	١/٩
١٢	إخطار بتغيير في بيانات المنشأة	١٥	١٥
١٣	نموذج دمج منشأتان أو أكثر	١٦	١٦
١٤	شهادة بسداد إشتراكات التأمين الإجتماعي	٣١	٣١
١٥	حافضة إجمالى الإشتراكات والأقساط (فرعى)	٣٢	٢/٣٢
١٦	حافضة إجمالى الإشتراكات والأقساط (إجمالى)	٣٢ م.	٤/٣٢
١٧	إقرار المدير المالى	٣٢ مكرر	٥/٣٢
١٨	سجل قيد أجور العاملين بالقطاع الخاص	٣٣	٣٣
١٩	إذن تحصيل	٣٥	٣٥
٢٠	إستمارة تحصيل الأقساط	٣٩	٤٠-٣٩
٢١	سجل قيد طلبات المدة السابقة	٤٤ مكرر	٤٤
٢٢	طلب رد تعويض الدفعة الواحدة أو المعاشات عن مدد الفصل بالطريق التأديبي أو غير التأديبي	٤٥	٢/٤٦-٤٥
٢٣	نموذج عدم الرغبة فى حساب مدة الإجازة الخاصة لغير العمل	٥٢	٥٢
٢٤	الإخطار عن وقوع إصابة عمل	٦١	٦١
٢٥	إخطار عن الإصابة خارج البلاد	٦٤	٦٤
٢٦	إخطار عن وقوع إصابة عمل ناتجة عن الإجهاد	٦٧	٦٧
٢٧	طلب أصحاب المعاشات بعدم الإنتفاع بأحكام العلاج والرعاية الطبية	٩٩	٩٩
٢٨	طلب إنتفاع الأرملة بحق العلاج والرعاية الطبية	٩٩ مكرر	٩٩
٢٩	نموذج إستخراج البطاقة العلاجية لصاحب المعاش	١٠٠	١٠٠

م	إسم النموذج	رقم النموذج	رقم المادة
٣٠	شهادة ثبوت العجز للمؤمن عليه	١٠٣	١٠٣
٣١	طلب تحويل للكشف الطبي لإثبات حالة العجز	١٠٣ مكرر	١٠٣
٣٢	سجل قيد طلبات العرض على اللجنة بثبوت عدم وجود عمل آخر	١٠٥ مكرر ٢	١٠٥
٣٣	نموذج حساب مدة المكافأة مقابل المبالغ المدخرة ومدة الأجر المتغير مقابل الإحتياطي	١٢٢	١٢٢
٣٤	طلب صرف تعويض البطالة	١٣٣	١٣٣
٣٥	بطاقة صرف تعويض البطالة	١٣٤	١٣٤
٣٦	سجل قيد الرغبات في تحديد المستفيدين من التعويض الإضافي ومنحة الوفاة	١٤٣	١٤٣
٣٧	طلب صرف إعانة عجز للمرافق	١٥٣	١٥٣
٣٨	شهادة إستحقاق/عدم إستحقاق إعانة عجز	١٥٣ مكرر	١٥٣
٣٩	طلب إستبدال معاش	١٦٠	١٦٠
٤٠	إستمارة تحويل للكشف الطبي وتقرير الجهة الطبية	١٦١	١٦١
٤١	إخطار تقدير قيمة الإستبدال	١٦٥	١٦٥
٤٢	إخطار تحصيل أقساط الإستبدال	١٦٨	١٦٨
٤٣	طلب صرف مستحقات مؤمن عليه	١٠٩	١٧٢
٤٤	طلب صرف الحقوق التأمينية لحالات المستفيدين	١١٩	١٧٢
٤٥	طلب صرف الحقوق التأمينية للأخوة والأخوات	١١٩ مكرر	١٧٢
٤٦	طلب صرف المعاش لحالات المستحقين بعد وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش	١٧٢	١٧٢
٤٧	إخطار ربط المعاش لحالات الأحياء	١٧٣	١٧٣
٤٨	إخطار ربط المعاش لحالات المستحقين	١٧٣ مكرر	١٧٣
٤٩	شهادة ثبوت العجز للإبن أو الأخ العاجز عن الكسب	١٧٧	١٧٧
٥٠	إقرار يقدم من الأبناء والأخوة عند بلوغهم سن الحادية والعشرين	١٨٩	١٨٩
٥١	طلب صرف المعاش بالتوكيل	١٩٠	١٩٠
٥٢	إقرار بإستمرار التوكيل	١٩٧	١٩٧
٥٣	طلب إشتراك عامل مقاولات	٢٠٣	٢٠٣
٥٤	بطاقة إشتراك عامل مقاولات	٢٠٥	٢٠٥
٥٥	إخطار المقاول بنسب الأجور	٢١٧	٢١٧
٥٦	طلب إشتراك عمال النقل البري	٢٣٤	٢٣٤
٥٧	بطاقة إشتراك عمال النقل البري	٢٣٥	٢٣٥
٥٨	شهادة تأمين عمال النقل البري	٢٣٨	٢٣٨
٥٩	طلب إنهاء إشتراك سيارة	٢٤١	٢٤١
٦٠	سجل قيد طلبات لجنة المنازعات	٢٦١	٢٦١

طالب

ياشترك مؤمن عليه طبقا للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥

رقم المنشأة: قطاع المنشأة: ☐

اسم المنشأة:

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني: الحالة الاجتماعية: ☐ ☐

الرقم القومي:

اسم المؤمن عليه: تاريخ الميلاد:

الجنسية: ☐ ☐ المؤهل: ☐ ☐

كود المهنة للمؤمن عليه: المسمى:

تاريخ بدء الاشتراك:

نوع المدة: المسمى: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ كود الاشتراك: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ القطاع: ☐

الأجر الشهري الأساسي: قرش جنيه الأجر المتغير: قرش جنيه

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

بيانات العجز إن وجدت: تاريخ بداية العجز: نسبة العجز: %

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

عقار رقم: شارع / حارة:

شياخة / قرية: قسم / مركز: محافظة:

توقيع المؤمن عليه: توقيع المدير المسئول:

تحريرا في: / /

تم مطابقة التوقيع بمعرفتي:

البيان	مستلم الطلب	المراجع	سجل أليا بمعرفة	رجوع أليا بمعرفة
الإسم				
التوقيع				
التاريخ				

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

إرشادات

(١) على صاحب العمل بالقطاع الخاص أن يرسل هذه الإستمارة من أصل وصورتين بالنسبة لكل من العاملين لديه مع طلب إشتراكه في الصندوق لأول مرة وخلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ إلحاق أي عامل جديد بالعمل لديه سواء كان إلحاقاً نهائياً أو تحت الإختبار .

(٢) يرفق بالإستمارة لدى إشتراك المؤمن عليه لأول مرة بالصندوق شهادة ميلاد أو مستخرج رسمي من سجلات المواليد أو حكم قضائي يثبت السن أو صورة فوتوغرافية لبطاقة الحالة المدنية يتم مطابقتها على الأصل بمعرفة الموظف المختص .

(٣) التوقيع على هذه الإستمارة بما يفيد الإطلاع والموافقة على جميع البيانات الواردة بها ولا يجوز لمن وقع عليها أن يعارض في تلك البيانات أمام الصندوق وله أن يلجأ إلى مكتب علاقات العمل المختص أو القضاء .

(٤) تستخدم هذه الإستمارة كطلب إشتراك في تأمين إصابات العمل فقط بالنسبة للفئات التالية :-

- أ- من تجاوز سن الستين وأوقف إنقاعه بتأمين الشيخوخة والعجز والوفاة .
- ب- العاملون الذين يخضعون لأحكام قانون العمل ممن تقل أعمارهم عن ١٨ سنة .
- ج- العاملون المتزوجون والتلاميذ الصناعيون والطلاب المشتغلون في مشروعات التشغيل الصيفي و الخدمة العامة ، ويشترط اعتماد الإستمارة المحررة 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 إستيفاء الأجر على الفئات التي ينقاض فيها المؤمن عليه أجراً من صاحب العمل .

إقرار

إسم المنشأة: رقمها التأميني:

العنوان:

- ١- أقر أنا الموقع على هذا بالإلتزام بعرض المؤمن عليه على اللجنة الطبية المختصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي لإجراء الفحص الطبي الأولي وإثبات حالته الصحية أمام اللجنة الصحية وقت توقيع الكشف الطبي مع الإلتزام بموافاة مكتب التأمينات التابع له المنشأة بتقرير طبي عن حالته الصحية خلال أسبوعين على الأكثر من تاريخ إلحاقه بالعمل تطبيقاً لنص المادة ٢١٦ من قانون العمل (١٢) لسنة ٢٠٠٣ .
توقيع صاحب العمل

- ٢- أقر أنا العامل بالمنشأة عاليه بأن أثبتت حالتي الصحية أمام اللجنة الطبية المختصة بالهيئة العامة للتأمين الصحي وموافاة مكتب التأمينات التابع له المنشأة بالتقرير الطبي عن حالتي الصحية خلال أسبوعين من تاريخ إلحاقني بالعمل وفي حالة عدم قيامي بذلك فإن صندوق التأمين الإجتماعي للعاملين بقطاع الأعمال العام والخاص لا يكون عليه أدنى إلزام قانوني بصرف أية مستحقات تأمينية تترتب على العجز أيا كان نوعه السابق أو المعاصر لتاريخ الإلتحاق بالعمل .

توقيع المؤمن عليه

الرقم المتعدي
الرقم اتعدي

••

[illegible]

“*de la*”

المدينة والقومية للشنايين الاجتماعيين

صحيفة البيئات الإسلامية

تاريخ الميعة

الرقم القاتلي

الحمد لله رب العالمين

ولا: البيانات الاسمية:-
إسم المزمع عليه

تتاريخه ببناء الإنترنت الذى صاحب العمل الأخير

تاريخ إنشاء الإنترنت لدى صاحب العمل الأخير

التاريخ بدء الاستثمار في نظام الإذخار

تَنْبِيْهًا : بِخِلَافِ مَدَدِ الْإِسْتِزَاكِ :-

[illegible]

ب - تَرَجَّيْتُ الْأَجْرَ الْمَمْنَعُ -

[illegible]

ثالثاً: بيّنت تدرج الأجر و الانقضاء:-

أ - تدرجات الأجر الأسدي :-

[illegible]

ج - بیانات الاقسام :-

[illegible]

خاتمة سعد: الجعفرية

المصدر	رئيس القسم	المراجع	الحوظ المختص	بيانات
				الاجتماع
				التقرير
				القرار

نموذج رقم (١٠٥) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي
مندوب العاملين بـ
منطقة:
مكتب:

الرقم التأميني
رقم الملف
الرقم القومي

تحديد المستفيدين من التعويض الإضافي

اسم المؤمن عليه أو صاحب المعاش: _____
تاريخ الميلاد: _____
إسم المنشأة: _____
رقم المنشأة: _____

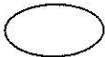
م	الرقم التأميني	اسم المستفيد	النوع	سلة القرباة (إن وجدت)	نسبة الاستحقاق بالأرقام	بالحروف
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						
٨						

أقر أنا بأنني أرغب في صرف مبلغ التعويض الإضافي للمستفيدين
الموضحين بعلية وبنسبة الإستحقاق الموضحة قرين كلاً منهم .

توقيع المؤمن عليه : توقيع صاحب العمل : (١)

تاريخ التسجيل / / ٢٠ رقم صفحة السجل :
الموظف المسئول عن التسجيل
يعتمد ،

خاتم شعار الجمهورية



(١) إذا كان محرر الإستمارة صاحب معاش تعتمد من مدير المكتب أو المنطقة التأمينية المختصة وتختتم بخاتم المكتب أو المنطقة .
(إنظر خلفه)

إجراءات

١- يراعى في تحرير هذه الإستمارة التي تعتبر بياناتها سرية مايلي :

أ- أن تكون أسماء المستفيدين كاملة مع ذكر صفتهم ودرجة قرابتهم بالمؤمن عليه أو صاحب المعاش إن وجدت ونسبة ما يخص كل منهم في الخانات المخصصة لذلك بالإستمارة ويراعى عدم تجاوز النسبة الواحد الصحيح .

ب- أن يوقع المؤمن عليه بنفسه على الإستمارة كما يوقع عليها صاحب العمل أو من ينوبه بما يفيد صحة توقيع المؤمن عليه وتختتم بخاتم الجهة التي تتبعها ويجب أن تكون هذه التوقيعات مزيلة بالتاريخ .

ج- أن تحرر جميع بيانات الإستمارة ونسخها بالمداد السائل أو الجاف بخط واضح مع مراعاة عدم وجود شطب أو كشط أو محو أو تحشير .

د- تعتمد الإستمارة بالنسبة لصاحب المعاش من الموظف المختص بجهة ربط المعاش بما يفيد صحة توقيع صاحب المعاش وإثبات تاريخها .

٢- تجفظ نسخة بملف المؤمن عليه أو صاحب المعاش في مظهر مغلق وترسل نسخة إلى المؤمن

عليه أو صاحب المعاش بكتاب موصى عليه مع علم الوصول بعد قيدها بالسجل الذي يعد لهذا الغرض .

٣- يجوز للمؤمن عليه أو صاحب المعاش تغيير رغبته في تحديد المستفيدين ويعتبر تحرير الإستمارة

الجديدة وإتمام إجراءات قيدها بالسجلات إلغاء " للإستمارة السابقة .

ولا تعتبر الإستمارة صحيحة ما لم تكن مستوفاة طبقاً للشروط والأوضاع سالفه الذكر .

الرقم التأميني

رقم الملف

الرقم القومي

تجديد المستفيدين من منحة الوفاة

اسم المؤمن عليه أو صاحب المعاش:

تاريخ الميلاد:

اسم المنشأة:

رقم المنشأة:

م	الرقم التأميني	اسم المستفيد	النوع	مدة القراية
١				
٢				
٣				
٤				
٥				
٦				
٧				
٨				

أشرف أنا بأنني أرغب في صرف مبلغ منحة الوفاة للمستفيدين الموضحين بعلية .

(١)

توقيع المؤمن عليه : توقيع صاحب العمل :

رقم صفحة السجل :

يعتمد ،

تاريخ التسجيل / / ٢٠

المؤلف المسئول عن التسجيل

الاسم :

التوقيع :

التاريخ :

خاتم شعار الجمهورية



(١) إذا كن محرر الإستمارة صاحب معاش تعتمد من مدير المكتب أو المنطقة التأمينية المختصة وتختتم بخاتم المكتب أو المنطقة .

(انظر خلفه)

إرشادات

١- يراعى في تحرير هذه الإستمارة التي تعتبر بياناتها سرية مايلي :-

أ- أن تكون أسماء المستفيدين كاملة مع ذكر صفاتهم ودرجة قراباتهم بالمؤمن عليه أو صاحب المعاش إن وجدت .

ب- أن يوقع المؤمن عليه بنفسه على الإستمارة كما يوقع عليها صاحب العمل أو من ينوبه بما يفيد صحة توقيع المؤمن عليه وتختتم بخاتم الجهة التي يتبعها ويجب أن تكون هذه التوقيعات مزيلة بالتاريخ.

ج- أن تحرر جميع بيانات الإستمارة ونسخها بالمداد السائل أو الجاف بخط واضح مع مراعاة عدم وجود شطب أو كشط أو محو أو تحشير .

د- تعتمد الإستمارة من الموظف المختص بجهة ربط المعاش بما يفيد صحة توقيع صاحب المعاش .

٢- تحفظ نسخة بملف المؤمن عليه أو صاحب المعاش في ملفه وترسن نسخة إلى المؤمن عليه أو صاحب المعاش بكتاب موصى عليه مع علم الوصول بعد قيدها بالسجل الذي يعد لهذا الغرض .

٣- يجوز للمؤمن عليه أو صاحب المعاش تغيير رغبته في تحديد المستفيدين ويعتبر تحرير الإستمارة الجديدة وإتمام إجراءات قيدها بالسجلات إلغاء للإستمارة السابقة .

ولا تعتبر الإستمارة صحيحة ما لم تكن مستوفاة طبقا للشروط والأوضاع سائفة الذكر . .

٢٠٠٧ رقم (٧) قرار فدرالي رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

المدينة القروية للتأمين الاجتماعي

صندوق العاملين بـ

مطالبة:

مكتب:

بيان بمدة الإشتراك السابقة
أو مدى استحقاق معاش آخر

تحتية طبية وبعدة

برجاء التنبية بإتخاذ الاجراءات اللازمة لضم مدة الإشتراك السابقة في التأمين الاجتماعي إلى ملف التأمين الاجتماعي لديكم وبيان المدة كما يلي :-

م	إسم جهة العمل	رقم المنشأة	المسجلة						بيان بالرقم السابق المسجلة		نوعه	الرصيد المستحق			
			من		إلى		سنة	شهر	سنة	شهر		قيمة القسط	قرش	جنيه	
			عام	شهر	عام	شهر									قرش
١															
٢															
٣															
٤															
٥															
٦															
٧															

وأحيط علم سبلانكم أنني أحصل على معاش برقم من صندوق التأمين الاجتماعي للأهلين بـ

وتفضلوا بقبول التحيية والإحترام،

مقامه

تحريرا في: ٢٠ / /

الإيم: _____
التوقيع: _____
لارقم القوسي: _____
لارقم التأميني: _____

إرشادات

١- يقدم هذا النموذج عند الانتهاء بأي عمل وتوجد مدة إشتراك في التأمين، الإجتماعي سابقة على مدة العمل الأخير وكذلك عند الحصول على معاش من صندوق التأمين الإجتماعي أو أي جهة أخرى غير النقابات .

٢- في حالة إستحقاق أقساط على المؤمن عليه يتخذ الإجراءات اللازمة لخصم هذه الأقساط من أجرة المؤمن عليه وتسدّد دورياً مع الإشتراك إلى الصندوق المختص.

٣- في حالة وجود مدة سابقة يتم إرسال خطاب الجهة المختصة للحصول على الملف التأميني عن المدة السابقة وضمها لملف التأمين الإجتماعي .

٤- في حالة الحصول على معاش يتم إبلاغ الصندوق المختص، ببدلية الإلتحاق بالعمل .

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي
صندوق العاملين بالقطاع الحكومي

أولاً : مد الإبريق من الماء الساخنة على المبرد الحار .

٢ - مسئلة اختلاعة مع إنشتراك أجر

١ - مسلك انحر انحر انحر

مركز الحادنة		نوع الحادنة	الاحتكاك	القطع	القيمة	اللون	الاجز	اللون	اللون	اللون
اللون	اللون									
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
21	21	21	21	21	21	21	21	21	21	21
22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22
23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
26	26	26	26	26	26	26	26	26	26	26
27	27	27	27	27	27	27	27	27	27	27
28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28
29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
31	31	31	31	31	31	31	31	31	31	31
32	32	32	32	32	32	32	32	32	32	32
33	33	33	33	33	33	33	33	33	33	33
34	34	34	34	34	34	34	34	34	34	34
35	35	35	35	35	35	35	35	35	35	35
36	36	36	36	36	36	36	36	36	36	36
37	37	37	37	37	37	37	37	37	37	37
38	38	38	38	38	38	38	38	38	38	38
39	39	39	39	39	39	39	39	39	39	39
40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
41	41	41	41	41	41	41	41	41	41	41
42	42	42	42	42	42	42	42	42	42	42
43	43	43	43	43</						

الرقم التسلسلي	الاسم المستفيد	العنوان	المنطقة	عدد الحقول	عدد الأسئلة	عدد الجوابات
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						
٨						
٩						
١٠						
١١						
١٢						
١٣						
١٤						
١٥						
١٦						
١٧						
١٨						
١٩						

[illegible]

[illegible][illegible][illegible]

رقم المنشأة:
 اسم المنشأة:

نموذج

طلب حساب مدة سابقة

طبقاً لأحكام المادة (٣٣ / ٣٤ / ٤١) من القانون ١٩٧٥ / ٧٩

أولاً : البيانات الأساسية :-

إسم المؤمن عليه: الرقم التأميني: تاريخ الميلاد: الرقم القومي: تاريخ تقديم الطلب: المدة المحولة قبلاً ^(١) ١٩٨٤/٤/١ أجر حساب المدة: معاملة السن من جدول (٤) المرفق بالقانون: نوع المدة المطلوب حسابها: (أساسي / متغير / مكافأة) المطلوب المدة المطلوب حسابها: بداية ونهاية المدة المطلوب حسابها: من إلى

بيان بمدد الإشتراك في الأجر الأساسي:-

نوع القطاع		بداية ونهاية المدة			نوع القطاع		
كود	مسمى	يوم	شهر	سنة	كود	مسمى	يوم

ثانياً : تقدير التكلفة (٤):-

١- تقدير التكلفة دفعة واحدة:

$$٢- \text{سداد التكلفة بالتقسيط} = \frac{\text{سداد التكلفة دفعة واحدة}}{١٠٠} \times \text{X}$$

ثالثاً : إقرار المؤمن عليه برغبته في الإشتراك :-

أقر أنا / بالإشتراك عن مدة (سنة فقط من مدتي الغير محسوبة في تأمين الشيخوخة والعجز والوفاة وذلك عن الأجر () بتكلفة بقرط شهرياً.

توقيع المؤمن عليه

تحريري: / / ٢٠

رابعاً : إقرار صاحب العمل بخصم القسط ومتابعة السداد :-

١- تم التأشير بسجلات الأجور بقيمة القسط الشهري المستحق بواقع قرش جنيه فقط وقدره ونعهد باستقطاعه اعتباراً من الأجرالمستحق عن شهر سنة وتوارده لصندوق التأمين الاجتماعي للعاملين بـ مع مسؤوليتي الكاملة عن الوفاء بذلك القسط طالما يستحق العامل أجره كما أتعهد بإخطار الجهة المنقول إليها العامل وكذلك في حالة وقف الخصم لعدم استحقاق العامل أجره.٢- تم التأشير باستمرار الخدمة بمضمون هذا النموذج وحفظت نسخة منه بملف التأمين الاجتماعي الخاص بالعامل

توقيع صاحب العمل

خاتم الجهة

تحريري: / /

خامساً : إقرار اعتماد النموذج :-

إقرار رئيس قسم التأمين الإجتماعي بصحة البيانات	توقيع مدير عام شؤون العاملين أو المدير المسئول	خاتم شعار الجمهورية أو توقيع صاحب العمل للقطاع العام والخاص	إقرار الممثل أو الممثل المفوض بصحة البيانات	أعضاء المجلس بالمندوبين بصفة البيانات	خاتم الصندوق للمجلس
الإسم / التوقيع / التاريخ /	الإسم / التوقيع / التاريخ /	الإسم / التوقيع / التاريخ /	الإسم / التوقيع / التاريخ /	الإسم / التوقيع / التاريخ /	الإسم / التوقيع / التاريخ /

(١) يراعى طريقة الحساب خلف النموذج بالعدد رقم (٦) بالنسبة للمدة المحولة قبل ١٩٨٤/٤/١

(انظر خلفه)

إرشادات

- ١- على الجهة التي قدم لها الطلب أن تقوم بفتح الطلبات في السجل المعد لذلك ومراجعة بيانات الطلب من واقع ملف التأمين الإجتماعي الخاص بالمؤمن عليه وتقديم الطلب للمكتب المختص لمراجعته .
 - ٢- إرسال الأصل والصورتين إلى الصندوق المختص للمراجعة والإحتفاظ بالصورة لآخرى .
 - ٣- على الصندوق المختص مراجعة النموذج وتسجيله في السجل المعد لهذا الغرض والإحتفاظ بصورة وإرجاع الأصل وصورة لصاحب العمل لحفظ الأصل في ملف التأمن 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 الصندوق 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 الإشتراكات الشهرية للصندوق المختص .
 - ٦- يراعى عند حساب التكلفة مايلي :-
 - (أ) يقصد بالمدة المحولة قبل ١٩٨٤/٤/١ مدة المكافأة المحسوبة بالمبالغ المدخنة في حالة حساب مدة في نظام المكافأة أو المدة المحول عنها إحتياطي قبل ١٩٨٤ / ٤ / ١ في الأجر المتغير في حالة حساب مدة في نظام الأجر المتغير .
 - (ب) معامل السن من جدول (٤) في تاريخ تقديم الطلب .
 - (ج) يقصد بأجر حساب المدة :-

الأجر الأساسي في تاريخ تقديم الطلب في حالة حساب مدة في الأجر الأساسي أو المكافأة . ومتوسط الأجر المتغير عن مدة الإشتراك النعالية عن الفترة السابقة على تاريخ تقديم الطلب و حتى الشهر السابق عليه .
 - (د) يقدر حساب تكلفة المدة كما يلي :

(١) التكلفة دفعة واحدة = الأجر في تاريخ تقديم الطلب × المدة المطلوب حسابها × معامل السن من جدول (٤) X ٠,٤ في حالة حساب مدة وفقا للمادة ٣٣ أو ٠,٣ في حالة حساب مدة وفقا للمكافأة .

(٢) السداد بالتقسيط = قيمة التكلفة دفعة واحدة X معامل السن من جدول رقم (٦) المرفق بالقانون في تاريخ بدء التقسيط
- =
- 100 X المدة بالشهور من بداية التقسيط حتى بلوغ سن الستين (مع مراعاة حذف جزء شهر نهاية الخدمة)
- ٧- يشترط لحساب المدة توافر الشروط الآتية :-
 - أ- أن تكون المدة بعد سن العشرين .
 - ب- أن تكون المدة سنوات كاملة .
 - ج- أن تكون المدة قضيت في أي عمل أو نشاط سابق على المدة الأخيرة .
 - د- ألا تكون قد سبق صرف معاش عنها .
 - هـ- في حالة حساب المدة وفقا لأحكام المادة (٤١) من قانون التأمين الإجتماعي يجب ألا تزيد المدة على المدة المطلوبة لإستحقاق معاش بشرط توافر الشروط السابق الإشارة إليها وتسدد دفعة واحدة قبل صرف الحقوق التأمينية .
- وعند طلب حساب المدة ضمن مدة الإشتراك في الأجر المتغير أو في نظام المكافأة بالإضافة للشروط السابقة فيجب ألا يزيد مجموع مدد الإشتراك في الأجر المتغير أو في نظام المكافأة حسب الأحوال على مجموع مدد الإشتراك في الأجر الأساسي ولا يدخل في هذا المجموع المدد المضافة طبقا لقوانين خاصة .

وحدة:

منطقة:

مكتب:

إخطار بإنهاء اشتراك مؤمن عليه

رقم المنشأة:

بيانات المؤمن عليه

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

الاسم:

تاريخ انتهاء الاشتراك

سبب انتهاء الاشتراك

بيانات محل إقامة المؤمن عليه

شارع/حارة:

قسم/ مركز:

محافظة:

شياخة/ قرية:

إقرار المؤمن عليه والمدير المسئول

أقر أن البيانات بعالية 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 بعالية صحيحة وإنني أرسلت صورة من هذا الإخطار إلى المؤمن عليه بخطاب موصى عليه بعلم

الوصول برقم: بتاريخ: / / ٢٠ .

خاتم الجهة

توقيع المدير المسئول: / / ٢٠

البيان	مستلم الإخطار	المراجع	مسجل السي	مراجع السي
الاسم				
التوقيع				
التاريخ				

ملحوظة :- يلزم التأكد من توقيع كل من العامل والمسلم عليه العدل على الإقرار للمودع خلفا للإستمارة .

(لتأشير ١٩٩٥)

إرشادات

- ١- تحرر هذه الإستمارة من أصل وصورتين يرسل الأصل لمكتب التأمينات المختص خلال أسبوع من تاريخ انتهاء الخدمة ويحتفظ صاحب العمل بصورة وتسلم صورة للعامل بعد توقيعه أو ترسل له بخطاب مسجل بعلم الوصول خلال ٢٤ ساعة من إرسالها للمكتب في حالة رفضه التوقيع .
- ٢- في حالة التأخير في تقديم هذه الإستمارة يلتزم صاحب العمل بأداء مبلغ إضافي يقدر بنسبة ٢٠% من قيمة الإشتراك المستحق عن الأجر الأساسي في الشهر الأخير من مدة الإشتراك عن كل شهر تأخير .
فسي الإخطار من تاريخ إنتهاء الخدمة حتى تاريخ إرسال الإستمارة مع حذف كسور الشهر .

إقرار

إسم المنشأة: _____ رقمها التأميني:

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

العنوان: _____

إسم المؤمن عليه : _____ رقمه التأميني:

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

- ١- أقر أنا الموقع أدناه بأنني قد قمت بسحب البطاقة العلاجية من المؤمن عليه وتم تسليمها لفرع الهيئة العامة للتأمين الصحي المختص وفي حالة ظهور ما يخالف ذلك أكون مسئولاً بالتضامن مع العامل في مواجهة الهيئة العامة للتأمين الصحي عن كافة مصاريف العلاج والرعاية الطبية تعويضاً عن الإنتفاع بدون وجه حق بمزايا العلاج والرعاية الطبية بعد إنتهاء الخدمة .

توقيع صاحب العمل

توقيع المؤمن عليه

()

()

- ٢- أقر أنا الموقع أدناه بأن المؤمن عليه محل هذه الإستمارة قد رفض تسليم البطاقة العلاجية وقمنا بإخطار الهيئة العامة للتأمين الصحي ببيانات المؤمن عليه لإيقاف التعامل معه .

توقيع صاحب العمل

()

نموذج رقم (٨) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

المهيئة القومية للتأمين الإجتماعي

صندوق العاملين بـ

منطقة:

مكتب:

طلب إعتبار جميع الفروع
وحدة واحدة أو أكثر في العلاقة
مع صندوق التأمين الإجتماعي

السيد / رئيس صندوق التأمين الإجتماعي للعاملين بالقطاع

تحية طيبة وبعد ،،،

برجاء إعتبار الفروع المبينة أدناه كفرع واحد في مجال العلاقة مع الصندوق .

رقم المنشأة: [] [] [] [] [] [] [] [] اسم المنشأة:

عنوان المركز الرئيسي: نوع النشاط:

المنشآت المطلوب توحيد التعامل لها:

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

توقيع صاحب العمل

تحريري: / / ٢٠

(انظر خلفه)

إرشادات

يشترط لموافقة الصندوق المختص على طلب المنشأة بتوحيد التعامل لها مايلي :-

- ١ - أن يكون للمنشأة فروع صغيرة .
- ٢ - أن تكون طبيعة عمل العاملين بالفرع تتصف بالتنقل بين الأفرع المختلفة ومرتبطة بأعمال المركز الرئيسي.
- ٣ - يتم توحيد التعامل فقط داخل نطاق المحافظة الواحدة.
- ٤ - أن تكون المنشأة منتظمة في سداد إشتراكات التأمين الإجتماعي و ألا يكون هناك تهرب تأميني سواء جزئي أو كلي .
- ٥ - لا يجوز توحيد التعامل بالنسبة للمنشأة التي يوجد لفروعها وحدات حسابية منفصلة .
- ٦ - يتم دراسة الطلب بالإدارة العامة للتوجيه الفني والإدارة العامة للتفتيش المركزي بعد إجراء تحريات مكتب الصندوق المختص.

رقم البطاقة					
-------------	--	--	--	--	--

او إخطار تعديل بيانات المؤمن عليهم وأجورهم

الشكل القانوني للمنشأة:

المالك / المدير المسئول

الجزء ١ / الفصل ١

السياحة / القرية

3

إسم الشخص

عن ابن المنية : (رقم العقار -

٢٠ / / القسبة

٢ نسبة تأمين الإصابه

١ / ١ / ق. ر. خ. ب. ج. النسيبة

نسبة تأمین المرض

في النشاط

٢٠ سبب الوقف /

تاريخ الوقف / الاستمارة

[illegible]

مؤمن علیکم السلام

بان اجمالي اعداد

۱۹۵۵

أفـرنا

آب

3

•

Yr

[illegible]

وإن جميع البيانات الواردة أبداً استثماراً ومطعناً صحیحه.

والمغیر _____

الأساسية _____

وإن جور الشهر _____

و رجعت بيانات هذا الطالب على طلبات اشترى اى المؤمن عليهم و وجدت صحيحة

صاحب العمل أو المدير المسئول

1

تَوَقَّعْ بِصَعْرِ فَاكِي

تم مطابق الـ

تقرير في: / ٢٠ / سنة الإستقرار /

رو جمع ألبا/

[illegible]

سجل آيا/

1

1991-1992

انحصاري الإنترنت إلى

(آنظر خلفه)

إرشادات

(١) تحرر هذه الإستمارة من أصل وصورتين وترسل إلى مكتب الصندوق المختص خلال أسبوعين من تاريخ بدء النشاط متضمنة بيانات جميع العاملين بما فيهم المترجمين والتلاميذ الصناعيين والطلاب المشتغلين في مشروعات التشغيل الصيفي .

(٢) تقدم هذه الإستمارة سنوياً عند وجود تعديلات في البيانات الخاصة بالعاملين أو أجورهم وترسل إلى مكتب الصندوق المختص في موعد لا يتجاوز آخر يناير من كل عام .

كما تقدم في أي تاريخ خلال العام يصدر فيه قانون أو قرار بتعديل الأجور مثل :

- تعديل الحد الأقصى للأجر الأساسي أو المتغير أو الآخرين معاً .

- ضم علاوة خاصة (سبق صرفها) للأجر الأساسي في تاريخ الضم المقرر بقرار صرف العلاوة .

(٣) يدرج في الإستمارة التي تقدم سنوياً خلال شهر يناير لمنشآت القطاع الخاص وخلال شهر يوليو بالنسبة للقطاع العام وقطاع الأعمال العام و القطاع الحكومي في خانة الأجور الأساسية للعاملين آخر شهر يناير أو شهر يوليو من كل سنة كما يدرج في خانة الأجور المتغيرة متوسط الأجور المتغيرة التي تقاضاها المؤمن عليه خلال السنة الميلادية السابقة على تقديم الإستمارة ، رقم ٢ .

(٤) يحوز لأصحاب الأعمال تقديم الإستمارة على طابعات الحاسب الآلي .

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي
مندوب العاملين بالقطاع

نموذج رقم (٩) بقرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

نموذج توقيع صاحب العمل أو المدير المسئول

رقم المنشأة 		اسم صاحب العمل أو المدير المسئول		اسم المنشأة:	
نوع النشاط:		_____		عنوان المنشأة:	
_____		_____		الشغل القانوني:	
التوقيع	الصفة	اسم من له الحق في التوقيع	التوقيع	الصفة	اسم من له الحق في التوقيع
		٣-			١-
		٤-			٢-

/ /

رئيس الاشتراكات

أخصائي بدء الاشتراك

توقيع صاحب العمل

(انظر خلفه)

إرشادات

١- يحرر هذا النموذج من ثلاث نسخ من صاحب العمل أو الأشخاص المسؤولين عن تحرير المكاتبات أو إستيفاء البيانات أو الإستمارة التي تقدم للصندوق معتمدا بخاتم المنشأة على أن يتم التوقيع بالنسبة لأصحاب الأعمال بالقطاع الخاص أمام موظف الصندوق المختص 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 اختام خاصة يختمون بها نموذج التوقيع في المكان المعد لهذا الغرض مع أخذ بصمة الإبهام الأيمن لصاحب العمل أو المسؤول لديه أمام موظف الصندوق المختص الذي يؤشر بما يفيد بأن بصمته الختم والإبهام الأيمن قد تمت أمامه.

٣- يلتزم صاحب العمل دائما بكل ما ينوب على توقيع هؤلاء المسؤولين على المحررات والمكاتبات والإستمارات الخاصة بتنفيذ القانون .

إخطار بتغيير في بيانات المنشأة

السيد / مدير مكتب

بصندوق التأمين الإجتماعي

تحية طيبة وبعد ،،،

أشرف بالإحاطة بأنه اعتباراً من / / قد حدث تغيير في بيانات المنشأة طرفكم
إعتباراً من / / حيث تم:

ومرفق المستندات الخاصة بالتعديل الذي تم .

تحريراً في : / / ٢٠

إسم صاحب العمل:

رقم المنشأة:

توقيع صاحب العمل:

(انظر خلفه)

إرشادات

- يتعين أن يكون الإخطار خلال خمسة عشر يوما من تاريخ وقوع أي تغيير في البيانات والمستندات المقدمة تطبيقا للمادة ١٥ من القرار .

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:
 الأجر والإشتراكات في تاريخ الإدماج:

نوع التأمين	إجمالي الأجر		إشتراكات صاحب العمل		إشتراكات المؤمن عليهم		إجمالي الاشتراكات	
	أساسي	متغير	أساسي	متغير	أساسي	متغير	أساسي	متغير
شيخوخة وعجز ووفاء								
إصابات العمل								
المرض								
البطالة								
المعاقاة								

الأقساط والمبالغ الأخرى المستحقة:

نوع الأقساط	القيمة الإجمالية للأقساط
إستبدال	
مستد الإعانات	
قسط شراء مدة	
إجازات خاصة	
الإجمالي	

إسم صاحب العمل:

توقيع صاحب العمل:

(أنظر خلفه)

إرشادات

- يتم الإحتفاظ برقم المنشأة الدامجة بعد الإندماج كرقم للمنشأتين المندمجتين .
- يحزر هذا الطلب من أصل + صورتين لكل من المنشأة الدامجة والمندمجة .
- تعتبر المنشأة الدامجة ضامن لمستحقات الصندوق طبقاً للمادة ١٤٦ من قانون التأمين الإجتماعي .
- تقدم الإستمارة (٢) الخاصة بالعاملين بالمنشأة .
- يقدم هذا النموذج في موعد غايته أسبوعين من تاريخ صدور قرار السلطة المختصة بالإندماج على أن يرفق به صورتين طبق الأصل من هذا القرار .
- ترفق صورة من نماذج التوقيع للمنشأة الجديدة .

صندوق العاملين بالقطاع

ممسلسل رقم : _____

تاريخ تحرير الشهادة : ٢٠ / /

شهادة

بِسَاطِ إِشْتِرَاكَاتِ التَّأْمِينِ الْإِجْتِمَاعِيِّ

تطبيقاً لأحكام المادة (١٤٥) من قانون التأمين الإجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ يشهد صندوق التأمين الإجتماعي للعاملين بالقطاع العام وقطاع الأعمال العام والخاص أن صاحب العمل :

السيد/

وعنوانه/

ونوع نشاطه/

مشارك بالصندوق برقم/

وذلك عن:-

١- العاملين لديه البالغ عددهم

٢- العاملين بـ :-

• العملية

• المقاول

• المسبدة من

• ومؤخرها:

• بطبيعتها:

• قيمة ختامي الأعمال جنيهاً ولا يجوز لجهة الإسناد صرف مبالغ تزيد عن هذه القيمة .

٣- العاملين على السيارة رقم

ونوعها

ورقم التسمية

وهم السيد/

ومهنته و رقمه التأميني:

٤- العاملين على مركب الصيد رقم درجة والصادر لها الترخيص رقم

وقد سدد الاشتراك المستحق للهيئة وقدره

بالإيصال رقم بتاريخ / /

وذلك عن المدة من / / إلى / /

وتعتبر هذه الشهادة سارية المفعول لمدة تنتهي في / /

خاتم شعار الجمهورية

بمعرفة

رجوع

بمعرفة

/ /

/ /

/ /

مندوب العاملين بالقطاع
 منطقة
 مكتب

حافطة إجمالي الاشتراكات والأقساط المستحقة
 والمسددة عن شهر لسنة ٢٠

اسم صاحب العمل :											
رقم المنشأة :											
العنوان :											
الوحدة الحسابية :											
أساسي متغير ق ق إجمالي الأجر الفعلية المستحقة للعاملين :											
الاشتراكات المستحقة											
نوع التأمين		إجمالي الأجر التي يسري عليها حكم اقتطاع الاشتراكات		إشتراكات صاحب العمل		إشتراكات المؤمن عليهم		إجمالي الاشتراكات			
		أساسي	متغير	أساسي	متغير	أساسي	متغير	أساسي	متغير		
		فرش	جنه	فرش	جنه	فرش	جنه	فرش	جنه	فرش	جنه
تأمين الشيخوخة والعجز والوفاء											
المكافأة											
تأمين إصابات العمل											
تأمين المرض											
تأمين البطالة											
جملة											
الأقساط والمبالغ الأخرى المستحقة											
نوع القسط											
أقساط الإستبدال											
أقساط حساب مدة وفقا لأحكام المادة ٢٢ & ٢٤											
أقساط عن مدد الإعارة الخارجية أو إجازات خاصة بدون أجر للعمل بالخارج											
أقساط عن إجازات خاصة بدون مرتب لغير العمل											
أقساط عن إجازات دراسية											
مبالغ أخرى مستحقة											
جملة											
بيانات المسددة											
إجمالي الاشتراكات المستحقة											
إجمالي الأقساط الخاصة والمبالغ الأخرى المستحقة											
بخصم :											
صافي السداد											
ومرفق شيكات برقم مؤرخ / / مسحوب على بنك فرع بصافي المبلغ المسدد عن شهر ٢٠ فقط لاغير											
أعد بمعرفة روجع يعتمد											

تحریر من اصل و صورتین

سداد اشتراكات واقساط التامين الاجتماعى عن شهر
لسنة ٢٠٠

مبلغ الشيك		رقم الشيك	التسليم يومي	تاريخ الورود		منطقة	مكتب
قرش	جنيه			يوم	شهر		

شهر الاستحقاق		تاريخ الشيك			كود الوحدة الحسابية	رقم المنشأة	إسم المنشأة
سنة	شهر	يوم	شهر	سنة			

[illegible]

عدد العاملين بالجهة		دائم		مؤقت			
بها الاشتراكات المستحقة							
اشترك للمؤمن عليه %١٠							
حصصة صاحب العمل %١٥							
اشترك المؤمن عليه (مكافأة) %٣							
حصصة صاحب العمل (مكافأة) %٢							
حصصة صاحب عمل في تأمين إصابة عمل %							
اشترك للمؤمن عليه تأمين المرض %١							
حصصة صاحب العمل تأمين المرض %							
تأمين البطالة % ٢							
انساب الإيداع							
السطر مدة مشتركة وربع مبالغ اجر اسلي							
السطر مدة مشتركة اجر متغير ومكافاة							
السطر إعارة ورعاية طلل							
الإجمالي							

مدير شؤون العاملين مدير الوحدة الحسابية	رئيس قسم المعاملات خاتم شعار الجمهورية	الوظف المختص تعدى الى / / ٢٠ جزء بحر بمعرفة موظف الصندوق
تاريخ الورود	رقم الشيك	
توقيع المزاجع	مبلغ الشيك	
	تاريخ الشيك	

إقرار المدير المالي

عن السنة المالية ٢٠ / ٢٠

الوحدة الحسابية لشركة:

العنوان:

تاريخ بدء النشاط: / / تاريخ بدء الإشتراك: / / رقم المنشأة:

(لا توجد / يوجد) وحدات حسابية أخرى بيانها:

أولا: بيانات الأجور من واقع الحسابات الختامية:-

البيان	إجمالي المنصرف				المبالغ التي حسبت على أساسها الإشتراكات			
	جزئي		كلي		جزئي		كلي	
	جنيه	فرش	جنيه	فرش	جنيه	فرش	جنيه	فرش
• الأجور النقدية: حـ/ـ								
• فواتير الدائمة: حـ/ـ								
• المكافآت الشاملة: حـ/ـ								
- مكافآت الخبراء الوطنيين حـ/ـ								
- مكافآت الخبراء الأجانب حـ/ـ								
- المعنويون بمكافآت شاملة حـ/ـ								
- الأجور الشاملة حـ/ـ								
- أجور الموسمين والعرضين حـ/ـ								
- أجور المعنويين بربط ثابت حـ/ـ								
- الدرجات الخصوصية حـ/ـ								
- أجور القسمة والأحداث حـ/ـ								
• تكليف المعنويين وتحمل فوجدة بالجوهر حـ/ـ								
• تكليف الأجازات الدراسية والتمج قديمية حـ/ـ								
• مكافآت حـ/ـ								
- مكافآت إضافية للعاملين لتمديد العمل الأصلي حـ/ـ								
- مكافآت عن أعمال إضافية للمعندين حـ/ـ								
- مكافآت أعمال إضافية أيام الجمع حـ/ـ								
- مكافآت طوارئ للمعندين أو المعنويين حـ/ـ								
- مكافآت إنتاجية وتشجيعية حـ/ـ								
- مكافآت خاصة حـ/ـ								
- مكافآت حضور جلسات ولجان حـ/ـ								
- مكافآت عن أعمال أخرى حـ/ـ								
• رواتب وبدلات حـ/ـ								
- رواتب تمثيل للوظائف العليا حـ/ـ								
- رواتب تمثيل للمواطنين في الخارج حـ/ـ								
- رواتب تمثيل لموظفين فنيين حـ/ـ								
- رواتب طبيعة عمل حـ/ـ								
- رواتب إقامة تشمل بدل السكن في الخارج وبدل داخل حـ/ـ								
- إعانة إجتماعية حـ/ـ								
- راتب استقبال وضيفة حـ/ـ								
- بدل أغذية حـ/ـ								
- بدل ملابس حـ/ـ								
مجموع الأجور النقدية حـ/ـ								

(انظر خلفه)

تابع نموذج رقم (٣٢ مكرر) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

ثانياً: بيانات الأجور النقدية التي أدبت على أساسها الإشتراكات وعدد العمال (من واقع استثمارات المبدأ):-

إجمالي الأجور	إجمالي أجور المستثنى أو الموقوف بالنسبة لتأمين								عدد العمال في نهاية السنة المالية
	الشيوخوخة والعجز والوفاء		البطالة		للمرضى		المكافأة		
	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	

ثالثاً: بيانات تفصيلية عن المبالغ المسددة:-

إشتراكات			أقساط			مكافأة			مبالغ أخرى		
مبلغ		بيــــــــــــــــان	مبلغ		بيــــــــــــــــان	نهاية الخدمة		بيــــــــــــــــان	مبلغ		بيــــــــــــــــان
قرش	جنيه		قرش	جنيه		قرش	جنيه		قرش	جنيه	
		دوريات سنوية سابقة لاجازات دراسية بغطاء علمية تكملة مدة المعاش			مدة سابقة استبدال اجازات دراسية (عامل) لاجازات خاصة اخرى ()			ربع استمار مبالغ إضافية			

رابعاً: المبالغ المخصصة من الباطن لحساب الصندوق المختص ولم تسدد:-

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

(انظر خلفه)

إقرار

أقر بأن البيانات الموضحة بهذا النموذج صحيحة ومطابقة للدفاتر والمستندات والسجلات بالوحدة الاقتصادية وأن الأجور النقدية التي حسبت على أساسها الإشتراكات تشمل كل ما صرف للعاملين باعتباره أجرا وفقا للقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ والقرارات الوزارية المنفذة له .
كما أقر بأن المبالغ المحتجزة من المقاولين لحساب الصندوق المختص وفقا للقرارات الوزارية التنفيذية وتعليمات هذه الهيئة هي كل ما تبقى وفقا للدفاتر والمستندات والسجلات .
هذا ولا توجد للصندوق المختص أية مستحقات لدى الوحدة عن العام المالي المحرر عنه هذا الإقرار بخلاف ما سبق إيضاحه .

المدير المالي

تحريرا في : / /

ملاحظة :-

في حالة عدم تطبيق النظام المحاسبي الموحد تستوفى البيانات التفصيلية للأجور والواردات بالبند (أولا) وفقا للمستحقات المحاسبية المتبعة بالبنك أو الشركة .

ممدوق العاملين بالقطاع

نموذج رقم (٤٥) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

طلب رد تعويض الدفعة الواحدة أو المعاشات
عن مدد الفصل بالطريق التأديبي أو غير التأديبي

أولاً: البراءات الأساسية:

إسم المؤمن عليه :	الرقم التأميني :
تاريخ الميلاد : / / ١٩	الرقم القومي :
تاريخ الفصل من الخدمة : / /	إسم صاحب العمل :
تاريخ العودة للعمل : / /	سبب الفصل :
	سبب العودة للعمل :

قيمة تعويض الدفعة الواحدة:

قيمة المعاش الشهري المنصرف: ق → المدة التي صرف عنها المعاش: من / / إلى / /

ثانياً : إقرار الرغبة في كيفية السداد

أقر أنني أرغب في أداء المستحق على من مبالغ بطريقة..... (السداد نقدا / التقسيط) .

تحریر افی: / / ۲۰

ثالثاً : إقرار صاحب العمل بخضم القسط ومتابعة السداد في حالة السداد بالتقسيط

١- تم التأشير بسجلات الأجور بقيمة القسط الشهري المستحق بواقع
فقط وقدره ونتعهد باستقطاعه اعتباراً من الأجر

المستحق عن شهر سنة وتوريده لصندوق التأمين الإجتماعي للعاملين بـ..... مع مسؤوليتي الكاملة عن الوفاء بذلك القسط طالما يستحق العامل أجره كما أتعهد بإخطار الجهة المنقول إليها العامل وكذلك في حالة وقف التفسير لعدم استحقاق العامل أجره.

٢- تم التأشير باستمارة الخدمة بمضمون هذا النموذج وحفظت نسخة منه بملف التأمين الإجتماعي الخاص بالعامل.

خاتم الجبة

تحریر افی: / /

رابعاً : إقرار اعتماد النموذج :-

إثبات زوايا قسم التأمين، الإحصائي بمسحة البيانات	توقيع مدير عام شؤون العاملين	ختم شعار الجمهورية أو توقيع صاحب العمل للقطاع العام والخاص	إثبات الملتقى المختص بمسحة البيانات	اعتماد الموظف المختص بمستند بصفة البيانات	ختم المستودع المختص
الإسم/	الإسم/		الإسم/	الإسم/	
التوقيع/	التوقيع/		التوقيع/	التوقيع/	
التاريخ/	التاريخ/		التاريخ/	التاريخ/	

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

إقرار

٢٠٨

إخطار عن وقوع إصابة عمل

اسم المنشأة: رقم المنشأة: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

عنوان المنشأة:

اسم العامل المصاب: الرقم التأميني: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

محل سكن العامل : المهنة:

مكان وقوع الإصابة: صباحا / مساء

تاريخ وساعة وقوع الحادث أو اكتشاف العرض المهني يوم: الموافق / / الساعة

موجز عن الحادث وظروفه:

.....

رقم محضر الشرطة في حالة حوادث الطريق

جهة العلاج التي نقل إليها المؤمن عليه:

أجر أساسي / أجر متغير
ق / ق

الأجر الشهري الإجمالي للعامل حسب ما هو موضح في الإستمارة رقم (٢)

وطريقة تأديته بالشهر باليوم بالإنتاج (١)

هل يستحق أجر عن يوم الراحة الأسبوعية يستحق / لا يستحق يوم الراحة الأسبوعية (٢)

تاريخ الإلتحاق لدى صاحب العمل : / /

مواعيد العمل الرسمية:

بيانات أخرى:

.....

توقيع صاحب العمل

تحريرا في: / /

مرفقات:-

ملاحظات:-

(١) يعتمد من مكتب الصندوق المختص.

(٢) يستوفي هذا البيان لعمال اليومية ويذكر اسم الراحة (الجمعة - الاحد -)

(٣) يحرر هذا النموذج من أصل و ثلاث صور ، الاصل يرسل الى الصندوق المختص ، وصورة لقسم الشرطة وصورة لجهة العلاج

وصورة تحفظ في ملف المؤمن عليه ثم يدون بها تاريخ إنهاء العلاج ونتيجة العلاج .

(انظر خلفه)

إرشادات

ستحدد المستندات التي ترفق بالإخطار وفقاً لما يلي:-

أولاً: الإصابة نتيجة حادث:-

- ١- محضر الشرطة للحادث - أو صورة معتمدة ومختومة بخاتم شعار الجمهورية- وذلك في حالة وقوع الإصابة خارج نطاق العمل، أو محضر تحقيق إداري إذا وقعت الإصابة داخل نطاق محل العمل موضحاً به رأي جهة التحقيق.
- ٢- إخطار عن وقوع الإصابة معتمداً ومختوماً موضحاً به ظروف الحادث.
- ٣- إقرار من الوحدة الإدارية بالطريق المعتاد للمصاب ومحل إقامته في حالة إصابة العمل بالطريق أثناء الذهاب للعمل أو العودة منه.
- ٤- صورة معتمدة من قرار التكليف للمصاب في حالة إصابته أثناء توجهه إلى مأمورية مصلحة خارج دائرة العمل.

ثانياً: المستندات المطلوبة بالنسبة لأمراض المهنة:-

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

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي
صندوق العاملين بـ

نموذج رقم (٦٤) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

إخطار عن وقوع إصابة عمل خارج البلاد

السيد / مدير
صندوق التأمين الإجتماعي للعاملين بـ

تحية طيبة وبعد ،،،

نحنيطكم علما بأن السيد / سبق أن الحق للعمل بالخارج بدولة
بسبب (أجازة / 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 إتخاذ الإجراءات اللازمة لصرف الحقوق التأمينية المستحقة.

تحريري: / / ٢٠

مقدمة /

الإسم:
الرقم التأميني:
الرقم القومي:

مرفقات:-

- محضر تحقيق عن الحادث (على أن يكون محررا بمعرفة جهة رسمية باللغة العربية أو مترجما ترجمة رسمية إلى هذه اللغة ، ومصدقا عليه من السفارة أو القنصلية المصرية ومعتمدا من وزارة الخارجية) .

إخطار عن وقوع إصابة عمل ناتجة عن الإجهاد

اسم صاحب العمل: رقم الإشتراك:
العنوان:
اسم الموصى عليه المصاب: رقم التأمين:
السن وقت وقوع الحالة: الرقم القومي:
محل الإقامة: المهنة:
تاريخ ومساءة وقوع الحالة يوم: الموافق / / الساعة صباحا / مساء
مكان وقوع الحالة:

موجز عن الحالة الموضوعية:

موجز عن ظروف العمل الذي أدى للإجهاد:

الأمراض السابقة للمؤمن عليه:

أجر الإشتراك وطريقة تاديته
تاريخ الإلتحاق بالخدمة: / /
مواعيد العمل الرسمية:
بيانات أخرى:

توقيع صاحب العمل

تفريفي: / / ٢٠

إقرار

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

توقيع صاحب العمل

خاتم الجهة

تفريفي: / / ٢٠

(انظر خلفه)

إرشادات

- ١- يرفق تقرير من صاحب العمل يبين مايلي :-
 - أ- بيان طبيعة عمل المصاب واختصاصاته وتاريخ بدء من اولته ومستوى أدائه.
 - ب- بيان ما كلف به من عمل إضافي وطبيعته والمدة المحددة لأدائه ، ما تم من إنجاز ه فيها وعما إذا كانت تؤدي في ساعات العمل الأصلية أو الإضافية وتدعم ذلك بالمستندات .
- ٢- الملف الطبي للمصاب من واقع ملف الخدمة وأجازاته المرضية .
- ٣- الأبحاث والتقارير الطبية عن الحالة المرضية قبل الوفاة مباشرة وفي الحالات التي يقوم بها التأمين الصحي بالعلاج تقدم البيانات من هيئة التأمين الصحي .

الرقم التأميني:

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

ملحوظة: لا يجوز العدول عن الرغبة مستقبلا

طلب

صاحب المعاش بعدم الإنتفاع بأحكام العلاج والرعاية الطبية

أقر أنا

العامل السابق بـ بأنني لا أرغب في الإشتراك في تأمين المرض
(التأمين الصحي) على أصحاب المعاشات طبقا لأحكام المادة ٧٤ من قانون التأمين الإجتماعي الصادر
بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ .

وهذا إقرار مني بذلك ،،،

مقدمه /

تحريرا في: ٢٠ / /

الاسم:

التوقيع:

بيان تحقيق الشخصية:

الرقم القومي:

التاريخ:

جهة الإصدار:

العنوان:

.....

إعتماد صاحب العمل أو المكتب التأميني المختص

نقر بأن المؤمن عليه

العامل السابق طرفنا قد تقدم بهذا الإقرار بعدم رغبته في الإنتفاع بتأمين المرض وأن توقيعه على هذا
الإقرار صحيح .

مدير شئون العاملين

تحريرا في: ٢٠ / /

خاتم صاحب
العمل

نموذج طلب انتفاع الأرملة بخدمات تأمين المرض
طبقاً للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥

الإسم رباعي:...

تاريخ الميلاد: / / قسم شرطة/ مركز..... محافظة:

[illegible]

الرقم التامني:

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

سنة، الانتفاء بالتأمين، الصبح، نعد / لا

أقر أنا الموقع أدناه بقبولي خصم ٢ ٪ من معاشي الشهري مدى الحياة مقابل انتفاعي بخدمات تأمين المرض طبقاً لأحكام القانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥ .

كما أقر أنني غير متزوجة ولا اتقاضى أجراً نظير عمل خاضع لقانون التأمين الإجتماعي ولا أحصل على معاش عن نفسي ، كما أتعهد بتسليم اللياقة العلاجية في حالة تغيير هذه الصفات وأرد أية مبالغ عن علاجي في حالة مخالفة أحكام القانون .

توقيع الأرملة

.....: **جبهة ربط المعاش:**

و جمعت البيانات التالية ، و حدث مطابقة لبيانات السيرة

لما به ط معاشه علی راقع اعتبار امن

فقط مقولہ

[illegible]

يُصير حصص ١٠٪ من معاشها الشهري اعتباراً من المعاش المسحوق عن شهر نعام .
أتعهد بإخطار جهة العلاج بقطع المعاش .

توقيع رئيس التعويضات والمعاشات

اعتماد مدير المكتب أو المنطقة

ختم الدولة

١- يبدأ الإنتفاع بـتأمين المرض اعتباراً من / /

٢- ثم استخراج بطاقة علاجية رقم:

توقيع مدير إدارة الإحصاء

فِي حَالَةِ اسْتِحْقَاقِ أَكْثَرِ مِنْ مَعَاشِ تَذَكُّرِ بَيِّنَاتِ كُلِّ مَعَاشٍ عَلَى سَطَرٍ .

الهيفة القومية للتأمين الصحي

نموذج رقم (١٠٠) قرار وزاري برقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧



نموذج إستخراج البطاقة العلاجية لصاحب المعاش طبقاً للقانون ٧٩ لسنة ١٩٧٥

١ - بيانات تملأ بمعرفة جهة العمل أو مكتب التأمينات المختص (قسم التأمينات المختص بجهة العمل) :-

الإسم رباعي: الرقم التأميني:
 تاريخ الميلاد: / / قسم شرطة / مركز محافظة:
 الرقم القومي:
 العنوان:
 توقيع صاحب المعاش بإستلام بطاقة العلاج : التوقيع
 رقم البطاقة التاريخ : / /
 جهة العمل الأخيرة وعنوانها :
 رقم ملف المعاش: جهة صرف المعاش :
 جهة ربط المعاش وعنوانها:
 تاريخ بداية إستحقاق المعاش : / /

٢ - مراجعة جهة ربط المعاش :-

روجعت البيانات عالية ووجدت مطابقة لبيانات ملف السيد/
 وتمت التسوية وأعطى للربط رقم : وسيتم خصم ١ % من المعاش الشهري اعتباراً من
 المعاش المستحق عن شهر سنة وقدره ق
 توقيع المختص توقيع رئيس التعويضات والمعاشات اعتماد مدير المكتب أو المنطقة

خاتم
الجمهورية

٢ - بيانات تملأ بمعرفة إدارة الإحصاء بالتأمين الصحي :-

١ - يبدأ الإنتفاع بتأمين المرض اعتباراً من / / بموجب
 بطاقة علاجية رقم: سلمت للمنقح بتاريخ / /

توقيع مدير إدارة الإحصاء

خاتم

نموذج رقم (١٠٣) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

الهيئة العامة للتأمين الصحي

منطقة :

اللجنة الطبية :

إصابي

شهادة ثبوت عجز مؤمن عليه

مرضي

تحرر بمعرفة اللجنة الطبية العامة	تاريخ جلسة الكشف	/ /
إسم المؤمن عليه	تاريخ الإصابة	/ /
الرقم التأميني	تاريخ ورقم الإخطار	/ /
تاريخ الميلاد	وصف الإصابة وقت حدوثها	/ /
المهنة		
العنوان	تاريخ انتهاء الخدمة في	/ /
إسم صاحب العمل	حالات العجز المرضي	
حكومي / عام / خاص	سبب ترك الخدمة في	
رقم إشتراك صاحب العمل	حالات العجز المرضي	
الشهادات الطبية المقدمة في حالات العجز المرضي		
وصف وتشخيص الحالة المسببة للعجز المرضي		
مدة العلاج من	إلى	من
إلى	إلى	من
وإصابات السابقة إن وجدت.		
الحالة المسببة للعجز		
اللجنة: الحالة عجز مستديم / كامل / جزلي		
نسبة العجز الإصابي المستديم بالأرقام (%) بالكتابة ()		
نسبة العجز الإصابي المستديم عن إصابات سابقة (%) بالكتابة ()		
المجموع (%) بالكتابة ()		
تاريخ ثبوت العجز: / /		
اللجنة إعادة الفحص الطبي طبقاً للمادة ٥٨ من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ : نعم / لا .		

توقيع اللجنة

خاتم شعار الجمهورية

توقيع المؤمن عليه باستلام الإخطار

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

صندوق العاملين بـ

منطقة:

مكتب:

طلب تحويل للكشف الطبي لإثبات خالة العجز

إسم المنشأة: رقم المنشأة:

عنوان المنشأة:

إسم المؤمن عليه: الرقم التأميني:

المهنة: مستوى المهارة:

العنوان:

هل يخضع المؤمن عليه لكشف طبي دوري يحدد صلاحية المؤمن عليه لمزاولة المهنة ومستواه المهاري (نعم / لا) سبب الإحالة إلى لجنة العجز .
ملخص تقرير اللجنة الطبية المنوط بها الكشف الدوري لتحديد مدى صلاحية المؤمن عليه لمزاولة المهنة ومستواه المهاري:

.....
.....
.....

أقر بصحة البيانات الواردة بعلية وبمسئوليتي في حالة ثبوت عدم صحتها .

توقيع المؤمن عليه أو المدير المسئول

ختم
المنشأة

السيد الدكتور / مدير

تحية طيبة وبعد ،،،

نرجو توقيع الكشف الطبي على المؤمن عليه الموضح بياناته بعلية وموافاتها بالنتيجة .

وتفضلوا بقبول فائق التحية والإمتـــرام ،،،

مدير المنطقة أو المكتب

تحريرا في : / / ٢٠

ختم شعار
الجمهورية

يتم إستيفاء بيانات هذا النموذج بمراعاة الإرشادات المبينة خلفه .

ملحوظة:

(انظر خلفه)

إرشادات

يقدم النموذج من المؤمن عليه أو المدير المسئول بالمنشأة إلى منطقة أو مكتب التأمين الإجتماعي المختص ، ويحرر من أصل وصورة مرفقا به المستندات الطبية اللازمة للعرض على اللجنة الطبية (تقارير طبية - أشعات - تحاليل - إلخ) ويراعى في إستيفاء بياناته الآتي :-

١- يقصد بالمهنة: المهنة التي يشغلها المؤمن عليه في تاريخ تقديم الطلب.

٢- يقصد بمستوى المهارة: درجة المهارة في المهنة (مثال: سائق درجة أولى / درجة ثانية / درجة ثالثة / إلخ).

٣- يدرج في الخانة المختصة لسبب الإحالة إلى لجنة العجز أي من الأسباب الآتية:-

* إثبات عجز مرضي مستديم .

* إثبات عجز إصابي مستديم وتحدد نسبته .

* إعادة فحص .

* تكرار إصابة .

٤- يرفق بالنموذج بيان معتمد من الجهة الطبية المنوط بها الكشف الدوري موضحا به أي من الآتي:-

- عدم الصلاحية لمزاولة المهنة بأي مستوى من مستوياتها المهنية .

- عدم الصلاحية لمزاولة المهنة مع إمكان قيام المؤمن عليه بمزاولة المهنة بمستوى مهاري أدنى .

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 الخاص .

ب- السائقون المهنيون .

ج- المؤمن عليهم المعرضون للإصابة بأحد الأمراض المهنية الذين يزاولون أحد الأعمال الوارد

ذكرها بجدول أمراض المهنة رقم (١) المرفق بقانون التأمين الإجتماعي الصادر بالقانون رقم ٧٩

لسنة ١٩٧٥ .

تابع ميزانج رقم (١٢٢) تقرير وزيرى رقم (لسنة ٢٠٠٧

٢- ميزانج الكسج الاجمالي:-

البيان	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه
النفوس ا من قرنة الفين وسط																				
٢																				
٣																				
٤																				
٥																				
٦																				
٧																				
٨																				
٩																				
١٠																				
١١																				
١٢																				
١٣																				
١٤																				
١٥																				
١٦																				
١٧																				
١٨																				
١٩																				
٢٠																				
٢١																				
٢٢																				
٢٣																				
النفوس ٢٤ من قرنة الفين وسط																				
الاجمالي																				
النفوس ٢٥ من قرنة الفين وسط																				

المصلحة القومية للتأمين الاجتماعي
مندوق العاملين به

نموذج رقم (١٣٣) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

رقم مسلسل:

طلب صرف تعويض بطالة

لصرف تعويض البطالة

للكو من عدم استلام الإستمارة رقم (٦)

إسم العامل : الرقم التأميني :

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

محل الإقامة:

إسم المنشأة:

رقم المنشأة:

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

عنوان المنشأة:

تاريخ إنتهاء الخدمة: ٢٠ / / سبب إنتهاء الخدمة:

رقم وتاريخ إصدار شهادة القيد إن وجدت (.....) ٢٠ / /

توقيع المؤمن عليه

تحريري: ٢٠ / /

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي

صندوق التأمين الإجتماعي بـ

منطقة / مكتب:

بطاقة

صـرف تعويض بطالة

طبقا للقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥

تابع نموذج رقم (١٣٤) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

قرار الربط

تاريخ بدء اشتراكه في تأمين البطالة: _____

تاريخ انتهاء الخدمة: _____

سبب إنهاء الخدمة: _____

الأجر الأساسي الأخير: _____ فقط وقدره _____

الأجر المتفق الأخير: _____ فقط وقدره _____

تاريخ بدء استحقاق التعويض: _____

قيمة التعويض الشهري: _____

أساسي: _____

متغير: _____

تاريخ انتهاء استحقاق التعويض: _____

مدير المنطقة / المكتب ٢٠ / /

قرار الإيقاف

تاريخ الإيقاف: / /

سبب الإيقاف: _____

مدير المنطقة / المكتب / /

بطاقة صرف رقم: _____

مكتب الصرف التاريخ ٢٠ / /

الرقم التاميني:

الرقم القومي: _____

الإسم: _____

المهنة: _____

العنوان: _____

مكتب القوى العاملة المختص: _____

رقم شهادة القيد بمكتب القوى العاملة: _____

تاريخ شهادة القيد بمكتب القوى العاملة: _____

تاريخ تسليم البطاقة: / /

تابع نموذج رقم (١٣٤) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

<u>صورة قرار الربط</u>	
الرقم النامي:	
إسم 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:	
مدير مكتب الإصدار	/ /
.....	
<u>صورة قرار الإيقاف</u>	
تاريخ الإيقاف:	/ /
سبب الإيقاف:	
مدير مكتب الإصدار	/ /
.....	

(٣)

تابع نموذج رقم (١٣٤) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

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

(٤)

<u>المادة العاشرة</u>	<u>المادة التاسعة</u>
تُردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومازال متعتلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تُردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومازال متعتلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
<u>المادة الثانية عشر</u>	<u>المادة الحادية عشر</u>
تُردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومازال متعتلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تُردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومازال متعتلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

<u>المادة السادسة</u>	<u>المادة الخامسة</u>
تُردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومازال متعتلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تُردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومازال متعتلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
<u>المادة الثانية</u>	<u>المادة السابعة</u>
تُردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومازال متعتلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تُردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومازال متعتلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

المادة الثانية عشرة	المادة السابعة عشرة
تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومارال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومارال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
المادة الضرون	المادة التاسعة عشرة
تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومارال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومارال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

المادة الرابعة عشرة	المادة الثالثة عشرة
تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومارال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومارال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
المادة السادسة عشرة	المادة الخامسة عشرة
تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومارال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومارال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

<u>المدة الخامسة والخصرين</u>	<u>المدة الثانية والخصرين</u>
تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومزال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومزال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومزال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومزال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

<u>المدة الثالثة والخصرين</u>	<u>المدة الرابعة والخصرين</u>
تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومزال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومزال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب
تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومزال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب	تردد العامل على المكتب / / من / إلى / ومزال متعطلا . مدير مكتب القوى العاملة ختم المكتب

نموذج رقم (١٥٣) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠١٧

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مندوق العاملين بـ

الرقم التأميني

رقم الملف

اسم صاحب المعاش:

طلب صرف إعانة عجز

طبقاً للمادة (١٠٣) مكرر من قانون التأمين الاجتماعي

رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥

إسم صاحب الشأن:

الصفحة: (صاحب معاش / ولد عاجز عن الكسب)

رقم ربط أو ملف المعاش:

تاريخ ثبوت العجز الكامل لصاحب المعاش: / /

العنوان:

الحالة الاجتماعية:

أسباب تقديم الطلب:

مرفقات الطلب (إن وجدت):

توقيع صاحب الشأن

تحريراً في: / / ٢٠

الإسم:

النوع:

الرقم القومي:

العنوان:

الهيئة العامة للتأمين الصحي

شهادة إستحقاق / عدم إستحقاق إعانة عجز

تحرر بمعرفة اللجنة الطبية العامة:
تاريخ إنعقاد اللجنة: / /
إسم صاحب المعاش:
رقم ملف المعاش:
إسم الولد العاجز عن الكسب:
الرقم التأميني:
الرقم القومي:
تاريخ ثبوت العجز الكامل لصاحب المعاش: / /
الصندوق المخصص بصرف المعاش:
الشهادات الطبية المقدمة من صاحب الشأن:
وصف الحالة:

قرار اللجنة :

- ١- يستحق إعانة العجز المقررة بالمادة (١٠٣ مكرر) من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ للأسباب الآتية:-
- ٢- لا يستحق إعانة العجز المقررة بالمادة (١٠٣ مكرر) من القانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ للأسباب الآتية:-

تاريخ إعادة الفحص الطبي: / / ٢٠ توقيع أعضاء اللجنة

توقيع صاحب الشأن بالعلم :

تحريري : / / ٢٠ خاتم شعار الجمهورية
يعتمد
رئيس مجلس الإدارة

ملحوظة: يقتصر اعتماد رئيس مجلس إدارة الهيئة العامة للتأمين الصحي على حالات العجز الكامل غير المحدد بالمادة رقم (١٥٢) من القرار الوزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧ .

(أنظر خلفه)

إرشادات

١- تقضي المادة رقم ١٥١ من قرار وزير المالية رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧ بأنة يستحق صاحب معاش العجز الكامل والولد العاجز عن الكسب سواء كان إينا أو بنتا متى بلغ سنة أربع عشرة سنة ميلادية كاملة إعانة عجز تقدر بنسبة ٢٠% من قيمة ما يستحقه من معاش إذا قررت الهيئة العامة للتأمين الصحي أنه يحتاج للمعاونة الدائمة من شخص آخر للقيام بأعباء حياته اليومية ، ويقف صرف هذه الإعانة في حالة الإلتحاق بعمل أو زوال الحالة وفقا لما تقرره الهيئة المشار إليها أو وفاة المستحق.

٢- ويعرف قانون التأمين الإجتماعي العاجز عن الكسب في البند (ي) بالمادة (٥) بأنه " كل شخص مصاب بعجز يحول كلية بينه وبين العمل أو ينقص قدرته على العمل بواقع ٥٠ % على الأقل ويشترط أن يكون هذا العجز ناشئا بالميلاد أو نتيجة حادث أو مرض يصاب به الشخص قبل سن الستين " .

٣- تقضي المادة ١٥٢ من قرار وزير المالية رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧ بأن تستحق إعانة العجز في الحالات الآتية :-

- أ- فقد البصر كلياً .
- ب- فقد الذراعين .
- ج- فقد الطرفين السفليين
- د- الشلل الرباعي الكامل.
- هـ- شلل الطرفين السفليين المقعد عن الحركة.
- و- الشلل النصفى التام المقعد عن الحركة .
- ز- المرض العقلي.
- ح- هبوط القلب المزمن الشديد.
- ط- التشوهات الشديدة بالعظام والمفاصل والضمور العضلي التي تقعد عن الحركة.
- ك- الأورام الخبيثة المصحوبة بمضاعفات تعجز عن الحركة .
- ل- الحالات الأخرى التي تقرر هيئة التأمين الصحي حاجتها للمعاونة الدائمة من شخص آخر للقيام بأعباء الحياة اليومية ، وتعتمد هذه الحالات من رئيس مجلس إدارة هيئة التأمين الصحي أو من ينوبه .

عائفة

الصفة (مؤمن عليه / صاحب معاش)۔

[illegible]

جزء المعاش المطلوب استبداله

مدة الإستبدال (١٥ - ١٠ - ٥ سنوات) بالحروف:

تاریخ قبول آخر استبدال: / /

السيد المدير /

بعد التّحية ،،،

أرجو الموافقة على استبدال المبلغ الموضح أعلاه من حقي في المعاش طبقاً لأحكام قانون التأمين الاجتماعي والقرارات واللوائح والتعليمات المعمول بها في هذا الشأن.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،

توقيع طالب الاستبدال

تحریر افی: / /

بيانات تستوفي بمعرفة الجهة التي يقدم إليها الطلب

اسم الجهة التابع لها طالب الإستبدال: الرقم التأميني المنسأة:

عنوان الجهة التابع لها طالب الإستبدال:

اسم الوحدة الحسابية:

اسم طالب الإستبدال: _____ تاريخ الميلاد: / / تاريخ دخول الخدمة: / /

مدى الإنتظام في سداد أقساط الإستبدال الواجبة الأداء حتى تاريخ تقديم هذا الطلب: غير منتظم
قانون المعاشات المعامل به منتظم

مقدار صافي المعاش بالنسبة لأصحاب المعاشات أو المعاش يوم تقديم الطلب بفرص الاستقالة وفقاً للتقدير

جـ

الموضح خلف الاستثمار بالنسبة للمؤمن عليهم

بيانات الاستبدال السابقة (إن وجدت)

قيمة جزء المعاش المستبدل	مدة الإستبدال	تاريخ قبول التقدير	رقم الإستبدال	قيمة جزء المعاش المستبدل	مدة الإستبدال	تاريخ قبول التقدير

نقر نحن الموقعين أدناه وعلى مسئوليتنا أن البيانات الموضحة بهذه الاستمارة صحيحة ومطابقة للبيانات الواردة بملف المؤمن عليه أو ملحقه المعاش الفرعي ، كما أن قيمة المعاش المبين بها تم تقديره على أساس قانون المعاشات المعامل به الطالب ، كما نقر بأنه قد تم تحصيل الإقساط

الواجبة الأداء عن كافة الاستبدالات السابقة حتى تاريخ تقديم هذا الطلب .
توقيع المختص روجع بمعرفة يعتمد

المدير المسئول

خاتم المنشأة
أو شعار الجمهورية

(انظر خلفه)

كيفية تقدير المعاش بفرض الإستقالة
وتقديم طلب صرف المعاش في تاريخ تقديم طلب الإستبدال

متوسط الأجر في السنتين الأخيرتين	ق	→
يوم	شهر	سنة
المدة:		
مدة اشتراك:		
مدة سابقية:		
القيمة التقديرية للمعاش =	المدة	X متوسط الأجر
=	X	X المعامل
الخفض النسبي حسب السن وقت تقديم الطلب وفقاً للجدول		
رقم ٨ المرافق لقانون التأمين الإجتماعي	=	ق
أجزاء المعاش السابق استبدالها	=	→
أقسام أخرى مستحقة على طالب الإستبدال	=	
صافي المعاش	=	
أعد بمعرفة	رؤس	يعتمد

يستوفي هذا الجزء بالنسبة للمؤمن عليهم بالقطاع العام

المبلغ المطلوب استبداله لحدود القوانين والقرارات واللوائح والتعليمات المعمول بها وتوافق بصفة مبدئية على استبدال هذا الجزء
وقدره ق → (فقط)
وقد تم الإرتباط لكم بمبلغ وقدره ق → (فقط)
وذلك قيمة رأس المال المقابل للجزء المطلوب استبداله وفقاً للبيانات الموضحة بهذا الطلب مع مراعاة موافقتنا باحتمال إلغاء هذا الإرتباط
في حالة ما إذا كانت نتيجة الكشف الطبي رديئة .

خاتم المنشأة
أو شعار الجمهورية

مدير المكتب

تحريراً في : / /

تعليمات

- ١- يذكر الإسم من واقع شهادة الميلاد .
- ٢- يوضح بيان الجهة التابع لها الطالب بالتفصيل أو الجهة أو الوحدة الحسابية التي تتولى صرف أجر طالب الإستبدال أو معاشه ، أو الجهة التي تتولى خصم قسط الإستبدال من الأجر في حالة إتمام الإستبدال .
- ٣- يقدم هذا الطلب إلى الجهة التي يعمل بها طالب الإستبدال أو الجهة التي يصرف منها المعاش بحسب الأحوال ، على أنه بالنسبة للمؤمن عليهم العاملين بالقطاع الخاص وأصحاب المعاشات منهم فتقدم طلبات الإستبدال الخاصة بهم إلى مكتب صندوق التأمين الإجتماعي للعاملين بقطاع الأعمال العام والخاص المختص .

صندوق العاملين بالتطوع

يحرر من أصل وصورتين

استثمارة تحويل المسبيل للكشف الطبي

اسم طالب الاستبدال: _____

الرقم التأميني لطالب الإستبدال:

[illegible]

رقم ملف المعاش:

العنوان: محافظة:

السيد / الدكتور مدير

تَحِيَّةٌ طَيِّبَةٌ وَبَعْدُ ...

نرجو تحديد جلسة لتوقيع الكشف الطبي على طالب الاستبدال بعاليه وإخلاءه بالميعاد بموجب خطاب موصى عليه على عنوانه ، وتوقيع

الكشف الطبي عليه بعد التحقق من شخصيته من واقع بطاقة الحالة المدنية (شخصية أو عائلية أو البطاقة العسكرية بحسب الأحوال)

وذلك لتحديد حالة الصلابة (جيدة / متوسطة / رديئة) ، وهو افتراض بالذات بعد مراجعتها وتبعا لبيانات حالة الطالب:

تاریخ المیلاد: / / تاریخ آخر کشف طبیی: / /

نتيجة الكشف الطبى السابق .

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام ،،،

المدير المختص

تحریر افی: / /

تقرير الجهة الطبية

بتاريخ / / انعقدت لجنة الكشف الطبي برئاسة السيد الدكتور /

وتم التوقيع الكفيف الطبى على السيد/

بطاقة شخصية / عائلية / أو عسكرية رقم: صادرة من قسم / مركز:

محافظة وتاريخ ميلاده / /

وتبين أن صحته من نوع (1)

يوم شهر سنة
وعمره
بإضافة سنة إلى عمر الطالب (١)

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي

نموذج رقم (١٦٥) قرار وُزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

صندوق العاملين بالقلم

يحرر من أصل وصورة

إخطار بتقدير قيمة الإستبدال

ملف الإستبدال رقم:

السيد/..... وصفته (مؤمن عليه / صاحب معاش) رقم:.....
وعنوانه:.....

تحية طيبة وبعد ،،،

بالإشارة إلى طلب الإستبدال المقدم منكم بتاريخ / /

نحيطكم علماً بأنه قد تمت الموافقة على إستبدال. ق
جـ

(فقط) شهرين لمدة ()

سنة بما يعادل رأس مال قدره فقط

وذلك وفقاً لأحكام قانون التأمين الإجتماعي والقرارات واللوائح والتعليمات المعمول بها .

وفي حالة موافقتكم على تلك التقديرات نرجو اعتماد إقرار قبول التقدير بإحدى الطرق المبينة خلفه .

وفي حالة عدم الحضور أو عدم ورود الإقرار إلى الصندوق المختص خلال ثلاثة أشهر من تاريخه يعتبر ذلك تنازلاً منكم عن طلب الإستبدال

ونتفضلوا بقبول ثنائيل الإحترام ،،،

المدير المختص

تحريراً في: / /
تنبيه يرجى الرجوع للتعليمات الموضحة خلفه قبل اعتماد الإقرار .

إقرار قبول التقدير

أقر أنا..... الموقع أدناه بأنني أقبل تقدير رأس المال المستبدل المبين عالية مقابل خصم

القصص مقدماً من مرتبي أو معاشي الشهري لمدة () سنة اعتباراً من تاريخ توقيع الإقرار ، على أن يخصم من رأس المال المستبدل الأقساط المستحقة عن الشهر الذي تم فيه قبول تقدير رأس المال المستبدل بالكامل والشهرين التاليين له على أن يصرف المبلغ المستحق لي بشيك على عنواي .

تحريراً في: / / توقيع طالب (الإستبدال)

إعتماد الإقرار بمكتب الصندوق المختص أو جهاز التأمين الإجتماعي

حضر السيد/..... ووقع أمامي بقبول التقدير ، بعد التحقق من شخصيته بموجب بطاقة

عائلية / شخصية أو عسكرية رقم..... صادرة من مركز..... محافظة..... بتاريخ / /

توقيع المختص

خاتم
المنشأة

(أنظر خلفه)

إرشادات

- ١- يتحدد سن المستبدل وقت وقف العمل بالإستبدال بالسنة التي تم على أساسها حساب رأس المال المقابل للمعاش المستبدل مضافا إليها عدد السنوات الكاملة المنقضية من تاريخ العمل بالإستبدال حتى تاريخ وقف العمل به .
- ٢- تحدد المدة المتبقية لوقف العمل بالإستبدال بقسمة عدد الدفوعات الشهرية الواجب تحصيلها من تاريخ وقف العمل بالإستبدال حتى تاريخ انتهاء مدته الأصلية على ١٢ .
- ٣- لحساب المبلغ المقابل لمدة تتضمن كسرا من السنة تتبع طريق النسبة والتناسب بين المدينين الصحيحتين اللتين تقع بينهما المدة المطلوبة .

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي

نموذج رقم (١٦٨) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

صندوق العاملين بالقطاع

رقم المنشأة

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

إخطار تحصيل أقساط الإستبدال

السيد/.....

تحية طيبة وبعد ،،،

نرجو الإحاطة أنه قد تمت إجراءات صرف رأس مال الإستبدال للسيد/.....
وبراعى تحصيل قسط الإستبدال وسداده للصندوق وفقا للبيانات التالية مع التأشير بسجلات وإستثمارات الخدمة
وسجلات الأجور بهذه البيانات وذلك قبل حفظه بملف المؤمن عليه لديكم أو ملف المعاش الفرعي .

إسم المستبدل:.....

الرقم التأميني لطالب الإستبدال:

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

الرقم القومي :

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

رقم ملف المعاش:

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

النوع (ذكر / أنثى) :..... تاريخ الميلاد: / / ١٩ .

قانون المعاشات المعامل به:.....

قيمة المعاش الشهري المستبدل: ق
الحالة الصحية (جيدة . متوسطة) :.....

السن حسب قرار اللجنة الطبية: يوم شهر سنة بزيادة قدرها () سنة .

قيمة رأس المال المستبدل (المقدّر طبقا للجدول رقم ٧) ق فقط).....

تاريخ قبول التقدير : / / ٢٠ . ق
قيمة جزء المعاش المستبدل (القسط الشهري) :..... فقط).....
مدة الإستبدال:.....

إجمالي قيمة الأقساط = القسط الشهري X إجمالي عدد الأقساط عن مدة الإستبدال

- ما تم خصمه من أقساط من رأس المال المستبدل بمعرفة الجهة التي قامت بالإستبدال =

- رصيد القرص الواجب خصمه بمعرفة الجهة =

تاريخ بدء خصم لقسط بمعرفة الوحدة من أجر / معاش شهر المستحق الصرف أول شهر سنة

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام،،،

المدير المختص

تحريرا في: / /

صورة مرسلة للسيد /.....

رجاء التكرم بالإحاطة والتنبيه بمتابعة السداد شهريا .

وتفضلوا بقبول فائق الإحترام،،،

المدير المختص

الصيغة القومية للتأمين الإجتماعي

رقم الوارد :
تاريخ الوارد :
اسم المستلم :

صندوق العاملين بـ
منطقة :
مكتب :

طلب صرف مستحقات مؤمن عليه

الإسم : الرقم التأميني :
جهة العمل الأخيرة : رقم المنشأة :
تاريخ آخر يوم بالخدمة : ٢٠ / / الرقم القومي :
سبب طلب الصرف :
المستحقات المطلوبة عن المدة الزائدة إن وجدت : (تعويض / معاش)
المستحقات المطلوبة في حالتي الهجرة أو المغادرة : (تعويض / معاش)
الجهة التي يرغب في صرف معاشه منها :
العنوان :
بيانات المعاشات الأخرى التي يحصل عليها المؤمن عليه :

القيمة	رقم المعاش الآخر	صلة القرابة بالمستحق عنه المعاش الآخر	الجهة المستحق منها المعاش الآخر
فرش	جنيه		

بيان يحدد الاشتراك السابقة على المدة الأخيرة :

اسم صاحب العمل	رقم المنشأة	تاريخ البداية	تاريخ النهاية	جهة التأمين

أقر أنا بصحة البيانات الموضحة بعاليه كما أقر بعدم التحاقى بأي عمل أو مزاوله مهنة بعد تاريخ آخر يوم بالخدمة الموضح بهذا الطلب ..
تحريراً في : ٢٠ / / توقيع المؤمن عليه (.....)

يراعى في حالة عدم الرغبة في الانتفاع بتأمين المرض (التأمين الصحي) تقديم طلب يرفق بطلب الصرف

إيصال استلام طلب صرف مستحقات

منطقة : مكتب : وحدة :
اسم المؤمن عليه :
رقم الوارد : تاريخ الوارد : ٢٠ / /
اسم المستلم : التوقيع :

خاتم الجهة

(انظر خلفه)

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 الصرف .
- 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 بجهة الصرف.
- 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 بجهة الصرف.
- 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 إلتحاق 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 لمدة عشرة سنوات فأكثر أو للمدة الباقية لبلوغه سن الستين أيهما أقل 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 المختصة حين انتهاء مدة السجن .
- ز- في حالة إذا ما نشأ لدى المؤمن عليه خلال مدة سجنه ، أياً كانت المدة ، 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 العامة للتأمين الصحي لإعتمادها وتحرير شهادات إثبات العجز على النموذج رقم (١٠٢) المرفق بنموذجه قبل الصرف؛ كما يرفق بطلب الصرف التوكيل المشار إليه بالمادة السابقة.
- 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.
- خ- بالنسبة للمؤمن عليها المتزوجة أو المطلقة أو المترملة أو كانت تبلغ سن الواحدة والخمسين فأكثر في تاريخ طلب الصرف ترفق المستندات الآتي بياتها بطلب الصرف بحسب الأحوال :-
- صورة من وثيقة الزواج.
- صورة من شهادة الطلاق.
على أن يتم الإطلاع على الأصل والتوقيع على الصورة بما يفيد ذلك.
- ٢- ترفق موافقة البنك على تحويل المعاش في حالة الرغبة في تحويل المعاش إلى الحساب الجاري بالبنك على أن تتضمن الموافقة رقم الحساب الجاري .
- ٣- يرفق بالطلب بيان معتمد من الجهة المستحق منها المعاش أو المعاشات الأخرى إن وجد.

الرقم التأميني
رقم الملف

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

صندوق العاملين بـ

طلب

صرف الحقوق التأمينية للأخوة والأخوات

اسم المؤمن عليه / صاحب المعاش :
اسم الأخ أو الأخت : النوع : الرقم التأميني :
الرقم القومي

أولاً: بيانات دخل الأخ أو الأخت

م	مصدر الدخل	قيمه	تدريش	جنيه
١				
٢				
٣				
٤				
٥				

ثانياً: بيانات دخل والد وأبناء وبنيات الأخ أو الأخت

م	الاسم	مكان الإقامة	الرقم التأميني	نوع الدخل ومصدره	قيمه	تدريش	جنيه
١							
٢							
٣							
٤							
٥							

في حالة إستيفاء بيانات غير صحيحة تؤدي إلى قيامي بصرف أية مبالغ دون وجه حق أكون مسئولاً جنائياً ومادياً عن صرف هذه المبالغ

أقر بصحة البيانات الواردة بهذا النموذج وتمثل حالتي في تاريخ وفاة العائل .

التوقيع

التاريخ / / ٢٠٠

ملاحظات :

- ١- يتم توقيع النموذج من الأخ أو الأخت أو متولي شئونهم في حالات القصر .
- ٢- يقصد بنوع الدخل دخل من عمل أو مهنة أو معاش أو عقار إلخ .

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

مستودع العاملين بـ

نموذج رقم (١٧٢) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

الرقم التأميني

رقم الملف

اسم صاحب المعاش:

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

السيد مدير / منطقة / مكتب

تحية طيبة وبعد ،،،

أرجو التفضل بالموافقة على صرف المعاش المستحق عن (الزوج / الزوجة / الوالد / الإبن

/ الأخ / الأخت) وأرغب في صرف المعاش من :

مكتب بريد محافظة

أو بنك فرع محافظة

أو خزانة صرف منطقة محافظة

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

مقدمه

تحريري في : / / ٢٠

الاسم :

التوقيع :

الرقم التأميني:

الرقم القومي:

العنوان :

يقدم هذا الطلب في حالة توافر شروط استحقاق المعاش بعد وفاة المؤمن عليه أو صاحب المعاش .

مرفقات:

(انظر خلفه)

**حالات طلب صرف معاش
والمستندات المطلوبة لكل حالة**

١- الأرملة / الأرملة:-

في حالة الطلاق أو التزمل ولم يستحق معاش عن الزوج الأخير:-

- صورة شهادة وفاة الزوج الأخير أو صورة وثيقة الطلاق ويتم التوقيع على الصورة بما يفيد الإطلاع على الأصل .
- بيان معتمد بالمعاش الآخر إن وجد .

٢- الإبن أو الأخت:-

- في حالة العجز عن الكسب يتم إحالته إلى اللجنة الطبية بالتأمين الصحي .
- في حالة المجند ترفق شهادة من القوات المسلحة ببيان مدة التجنيد الإلزامية .
- في حالة العودة للدراسة ترفق شهادة من الجهة التعليمية وإقرار بالتفرغ للدراسة ويتم توقيعه أمام الموظف المختص .

٣- الإبنة أو الأخت :-

إذا تزملت أو طلقت:-

- صورة من شهادة وفاة الزوج الأخير أو صورة من وثيقة الطلاق على أن يتم الإطلاع على الأصل والتوقيع على الصورة بما يفيد ذلك .
- بيان معتمد بالمعاش الآخر المستحق لها أو الدخل من عمل أو مهنة - إن وجد -
- أو إقرار بأنها لا تحصل على معاش أو دخل من عمل أو مهنة ويتم التوقيع أمام الموظف المختص .

نموذج رقم (١٧٣) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي

معدود في العاملين

رقم الملف:

الرقم التأميني:

رقم الإخطار: ---

تاریخ ارسال الإخطار:—

أخطار ربط المغاش بصفة نهائية

السيد /

العنوان /...

تحيية طيبة وبعد ...

ب. بالإشارة إلى قرار إنهاء خدمتكم بجهة عمل بتاريخ / /

٢٠ _____ ، فقد استحق لكم صرف الحقوق التأمينية اعتباراً من شهر _____ لسنة ٢٠ _____

وقد تم حساب الحقوق التأمينية لكم وفقاً للبيانات الآتية :-

١- مدة الاشتراك وتشمل :-

[illegible]

٢- جسر التسوية

معاش اساسي		معاش متغير		مكافأة		تعويض الذفعة الواحدة	
فرنس	جنیه	فرنس	جنیه	فرنس	جنیه	فرنس	جنیه

وبناء على ذلك فقد أستحق لكم مايلي :

[illegible]

إجمالي المبالغ المستحقة والمبالغ المخصوصة منها :-

[illegible]

ونرجو التوجه إلى _____ اعتباراً من شهر / ٢٠ لصرف المعاش المستحق، ومرفق الشيكات المستحقة لكم.

كما نرجو التوجه إلى منطقة التأمين الصحي بـ _____ مدير المنطقة / المكتب

٢٠ / ١ / ٢٠٢٠
ملحوظة: لا يجوز المنازعة في الحقوق المقررة يقاتون التأمين الإجتماعي بعد مرور عامان من تاريخ هذا الإخطار تطبيقاً لأحكام المادة ١٤٢ من قانون التأمين الإجتماعي.

رقم المخطوط

تاریخ برص الإختار: —————

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

عندوت العالمين بـ

تَحْيِيَّةٌ طَيِّبَةٌ وَيَعْسَلُ ۖ ۖ ۖ

من / / ٢٠ بعيب الوقاة

١ - مرادة الإسترثك : السطحي

وقد تم توزيع الحقوق التامينية على أسرة المرحوم وفقاً لما يلي:

٢- أجر لتعمرية. أسامي. مقبور. مكافاة. ٣- المعاش الخيري. ٤-

[illegible]

مکتبہ بریل

١٠٠

.....

.....

علما بأنه حصص من المستحق لكم مبلغ

المصرفية لكم بصفة جهة عمل المرحوم ومرفق الميكاب لأنني سألنيها بعد.
وقضائهم ا بقبول فائق، الإحتراء،،، مدير المكتب المنطقة

تحریر افی ۱۱/۲۰

المحكمة - لا يجوز المنازعة في الحقوق المقررة بملفون التأمين الإجتماعي بعد مرور عامين من تاريخ هذا الإخطار طبقاً لأحكام المادة ٤٢ : من قانون التأمين الإجتماعي .
(النظر)

إرشادات

١- يجب إخطار الصندوق المختص بكل ما من شأنه إيقاف المعاش أو سقوط الحق فيه وعلى الأخص في الأحوال الآتية :

أ - زواج المستحقات من الأمل والبنات والأخوات .

ب- الإلتحاق بأي عمل أو الإشتغال بأي مهنة تجارية أو غير تجارية مع ذكر تاريخ الإلتحاق أو مباشرة المهنة والجهة التي يعمل بها ومقدار الدخل من هذا العمل وأي تعديل يطرأ عليه في كل حالة وقيمة ما يخصم منه من ضرائب وإشتراك التأمين الإجتماعي .

ج- يقدم بيان بالأجر من العمل المعدل في يناير من كل سنة .

د- استحقاق معاش آخر مع بيان سبب الاستحقاق وقيمة المعاش وصلة القرابة بالمستحق عنه .

هـ- وفاة صاحب المعاش أو المستحق .

٢- يتعين الإمتناع عن صرف المعاش إعتباراً من أول الشهر التالي لتاريخ تحقق سبب وقف أو قطع المعاش فيما عدا حالة الوفاة قبل صرف المعاش فيمتنع الصرف فيها إعتباراً من أول الشهر الذي وقعت فيه الوفاة .

٣- على الأبناء أو الأخوة للذكور من الطلبة عند بلوغهم سن الحادية والعشرين أو متولي شؤونهم أن يقدموا طلباً إلى الجهة الملائمة بصرف المعاش شهادة من إحدى جهات التعليم التي لا تجاوز التعليم الجامعي أو العالي بتبديهم بها .

٤- يتعين على الأبناء أو الأخوة للذكور عند بلوغهم سن الحادية والعشرين أو متولي شؤونهم أن يقدموا طلباً إلى الصندوق المختص لاستمرار صرف المعاش إذا كان الإبن أو الأخ عاجزاً عن الكسب - على أن تثبت حالة العجز بشهادة من الهيئة العامة للتأمين الصحي .

شهادة
ثبوت عجز الإبن أو الأخ عن الكسب

الإسم: تاريخ الميلاد: ١٩ / /

الرقم القومي:

الرقم التأميني: رقم الملف:

المهنة:

إسم الصندوق التأميني: (الحكومي / العام والخاص)

إسم المنطقة / المكتب:

تاريخ نشأة العجز: / / سبب نشأة العجز: (بالميلاد / حادث / مرض)

قرار اللجنة

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

رئيس اللجنة الطبية العامة

دكتور /

خاتم شعار الجمهورية



(انظر خلفه)

ملاحظات

- ١- يستخدم هذا النموذج لتحديد حالات العجز للشخص الذي يتقدم بطلب للحصول على معاش أحد والديه أو أحد أخوته وفقاً للبند (ي) من المادة (٥) من قانون التأمين الإجتماعي الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ .
- ٢- حدد قانون التأمين الإجتماعي العاجز عن الكسب بأنه " كل شخص مصاب بعجز يحول كلية بينه وبين العمل أو ينقص قدرته على العمل بواقع ٥٠ % على الأقل ويشترط أن يكون هذا العجز ناشئاً بالميلاد أو نتيجة حادث أو مرض يصاب به الشخص قبل سن الستين " .
- ٣- يراعى عدم الكشف الطبي على أي شخص إلا بناء على طلب من أحد صندوقي التأمين الإجتماعي فقط ولا يتم الكشف بناء على طلب من صاحب الشأن دون الرجوع للصندوق المختص أولاً .
- ٤- يراعى إستيفاء بيانات النموذج جميعها وعدم ترك أي بيان بدون إستيفائه .
- ٥- يراعى بحث مدى حاجة المستحق لإعانة عجز مرافق إذا كان إبن أو بنت لصاحب المتوفي .

نموذج رقم (١٨٩) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

سندوث العاملين بـ

الرقم التأميني

رقم الملف

إقرار

يقدم من الأبناء والأخوة عند بلوغهم سن الحادية والعشرين

أقر أنا السيد / بأنني حاصل (على مؤهل
/ غير حاصل على مؤهل) ولم التحق بعمل ولم أزاول مهنة ولا أحصل على أي معاش آخر .

وهذا إقرار مني بذلك ،،،

مقدمه

تحريري في : / / ٢٠

الإسم:

التوقيع:

الرقم القومي:

الرقم التأميني:

الرقم التأميني:
رقم الملف:
إسم صاحب المعاش:

طلب صرف المعاش بالتوكيل

ينتهي في / / ٢٠

أقر أنا الموقع أدناه أنني وكلت
في ما يلي :-

- ١- صرف المعاش الدوري من جهة الصرف والمستحق من صندوق
 - ٢- صرف الشيكات المستحقة لي من صندوق
- ويعتبر هذا التوكيل لا غي بعد مرور سنة من تاريخ تحريره ما لم يتم تجديده مني شخصيا .

البيانات	بيانات الوكيل	بيانات الموكل
الإسم		
الرقم القومي		
التوقيع		
التاريخ		

تم التوقيع أمامي من الوكيل والموكل

إسم الموظف المختص:
الوظيفة:
التوقيع:
التاريخ:

إعتماد المدير

الإسم:
الوظيفة:
التوقيع:
التاريخ:

لا يحرر هذا النموذج إلا بحضور طرفي التوكيل ، وإعتماد توقيعهما من المنطقة أو المكتب المختص .

خاتم شعار
الجمهورية

بيانات التجديدات خلف النموذج .

بيانات التجديد

جـدـد في / /

توقيع الموكل:.....
توقيع الموظف المختص:.....
توقيع المدير:.....

جـدـد في / /

توقيع الموكل:.....
توقيع الموظف المختص:.....
توقيع المدير:.....

جـدـد في / /

توقيع الموكل:.....
توقيع الموظف المختص:.....
توقيع المدير:.....

جـدـد في / /

توقيع الموكل:.....
توقيع الموظف المختص:.....
توقيع المدير:.....

جـدـد في / /

توقيع الموكل:.....
توقيع الموظف المختص:.....
توقيع المدير:.....

نموذج رقم (١٩٧) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

الهيئة القومية للتأمين الاجتماعي

صندوق العاملين بـ

الرقم التأميني

رقم الملف

إقرار
بإستمرار التوكيل

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

وهذا إقرار مني بذلك ،،،

مقدمه

تحريرا في : / / ٢٠

الإسم:

التوقيع:

الرقم القومي:

الرقم التأميني:

العنوان:

.....

.....

وحدة:

محافظة	
مكتب	

طلب اشتراك لعمال المقاولات

بيانات المؤمن عليه:-

الرقم التأميني: الرقم القومي:
الإسم: الحالة الاجتماعية:
تاريخ الميلاد:

بيانات الاشتراك:-

المهنة:
تاريخ بدء الاشتراك: / /
تاريخ بداية العجز: / /
مستوى المهارة:
نسبة العجز: %

بيانات محل إقامة المؤمن عليه:-

عقار رقم: شارع / حارة:
شياخة: قسم / مركز: محافظة:
تاريخ تحرير الطلب: / / توقيع المؤمن عليه:

بيانات تسليم طلب الاشتراكات:-

رقم الطلب: تاريخ تقديم الطلب للمكتب / / إسم المستلم ثلاثي:

الخصائي الاشتراكات	المراجع	يتمتع	سجل اليا بعمرفة	رجوع اليا بعمرفة
الإسم/	الإسم/	الإسم/	الإسم/	الإسم/
التوقيع/	التوقيع/	التوقيع/	التوقيع/	التوقيع/
التاريخ/	التاريخ/	التاريخ/	التاريخ/	التاريخ/

نموذج رقم (٢٠٥) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي صندوق العاملين بقطاع الأعمال العام والخاص منطقة: مكتب: بطاقة تأمينية لعامل مقاولات الرقم القومي: الرقم التأميني: اسم المؤمن عليه: فئة الاشتراك: جنيه. المهنة: مستوى المهارة: تاريخ تحديد المهارة: / / يعمل بالبطاقة من شهر سنة حتى نهاية شهر سنة	مكتب التأمينات المسجل به لأول مرة منطقة: مكتب: تاريخ بدء الاشتراك: / / مجموع المدة السابقة " بالحروف ":- شهور سنوات مختص الاشتراكات رُوجع مدير المكتب تاريخ الإصدار: / / توقيع العامل باستلام البطاقة خاتم
---	---

(انظر ختمه)

شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال
منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال
خاتم		خاتم		خاتم	
مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ
شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال
منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال
خاتم		خاتم		خاتم	
مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ
شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال
منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال
خاتم		خاتم		خاتم	
مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ
شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال
منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال
خاتم		خاتم		خاتم	
مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ

إرشادات

- ١- على المؤمن عليه أن يحافظ على هذه البطاقة
- ٢- يتعين تقديم هذه البطاقة إلى المكتب في الحالات الآتية :-
 - عند انتهاء فترة هذه البطاقة .
 - عند استحقاق صرف أي من الحقوق التأمينية
 - تؤدي الاشتراكات شهرياً اعتباراً من بدء الاشتراك وحتى انتهاء مدة سريان البطاقة بما لا يجاوز الشهرين التاليين لانتهائها.
- وفي حالة عدم السداد حتى نهاية هذه المدة يعد قرينه على عدم الاشتغال.

منطقة		
مكتب		

إخطار عن عملية مقاول

الرقم التأميني للمقاول: كود نوعيه الرقم: إسم المقاول: _____
الرقم التأميني لجهة الإسناد: كود نوعيه الرقم: إسم جهة الإسناد: _____
نوع العملية: _____
إسم العملية: _____

بيانات مستند الإسناد:-

نوع المستند: _____ الرقم: _____
تاريخ المستند: / /
تاريخ البدء: / /
تاريخ الإنتهاء: / /
نسبة الأجور: % القيمة المبدئية (الكلية) للعملية: قرش جنية فقط _____
عنوان العملية: _____
عقار رقم: _____ شارع / حارة: _____
شياخة: _____ قسم / مركز: _____ محافظة: _____
هل تحتوي العملية على بنود: نعم / لا _____

التوقيع

تاريخ ورقم الورد لمكتب الصندوق المختص: / /
نسبة العمالة المقررة: % من الجدول رقم (٨) المرافق للقرار الوزاري رقم () لسنة ٢٠٠٧
نسبة الإشتراك: % قيمة الأجور إلى فئة الإشتراك قرش جنية
عدد شهور التنفيذ: قيمة الإشتراكات المستحقة: _____
أعد بمعرفة: روجع: يعتمد: _____

تسلم صورة من هذا الإخطار لصاحب العمل مدونا بها نسبة الأجور المحددة بمعرفة المكتب .

(توقيع المقاول بالإستلام والعلم بنسبة الأجور)
تاريخ التوقيع بالعلم ٢٠ / /

إرسال خطاب مسجل يعلم الوصول صادر رقم _____ بتاريخ ٢٠ / /
(انظر خلفه)

إرشادات

في حالة عدم وجود نسبة أجور للعملية المعروضة على المكتب بالجدول رقم (٨) يتبع المكتب الآتي:-

- ١- تحديد نسبة أجور بصفة مؤقتة استرشاداً لأقرب عملية مشابهة بالجدول .
- ٢- اتخاذ إجراءات عرض العملية على اللجنة الفنية وفقاً لاختصاصها المحدد بالمادة ٢١٦ .
- ٣- إخطار المقاول بقرار اللجنة بتحديد النسبة خلال ثلاثة أيام من تاريخ ورود القرار .

نموذج رقم (٢٣٤) قرار وزاري رقم (٥٥٤) لسنة ٢٠٠٧

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي

صندوق العاملين بقطاع الأعمال

العامة والخاص

محافظة	
مكتب	

وحدة:

طلب إشتراك لعمال النقل البري

بيانات المؤمن عليه:-

الرقم التأميني: الرقم القومي:
الإسم: الحالة الإجتماعية:
تاريخ الميلاد:

بيانات الترخيص:-

درجة الترخيص: رقم الرخصة: تاريخ إصدارها: / /
جهة إصدارها: تاريخ إنتهاء الترخيص: / /
بيانات العجز " إن وجد " تاريخ بداية العجز: / / نسبة العجز: %

بيانات محل إقامة المؤمن عليه:-

عقار رقم: شارع / حارة:
شياخة: قسم / مركز: محافظة:

تاريخ تحرير الطلب: / / توقيع المؤمن عليه:

بيانات تسليم طلب الإشتراكات:-

تاريخ تحرير الطلب: / / توقيع المؤمن عليه:

مستلم الطلب	المراجع	سجل اليا بمعرفة	روجع اليا بمعرفة
الإسم/	الإسم/	الإسم/	الإسم/
التوقيع/	التوقيع/	التوقيع/	التوقيع/
التاريخ/	التاريخ/	التاريخ/	التاريخ/

(انظر خلفه)

إرشادات

- ١- يتم إرفاق صورة ترخيص القيادة الصادر من المرور .
- ٢- في حالة الترخيص لأول مرة يتم إرفاق خطاب إدارة المرور مع تعهد بتسليم صورة رخصة القيادة فور استلامها من إدارة المرور .

الهيئة القومية للتأمين الإجتماعي صندوق العاملين بقطاع الأعمال العام والخاص	إرشادات
منطقة: _____ مكتب: _____	١- على المؤمن عليه أن يحافظ على هذه البطاقة ٢- يتعين تقديم هذه البطاقة إلى المكتب في الحالات الآتية :- - عند انتهاء فترة هذه البطاقة . - عند استحقاق صرف أي من الحقوق التأمينية - تؤدي الاشتراكات شهرياً اعتباراً من بدء الاشتراك وحتى انتهاء مدة سريان البطاقة بما لا يجاوز الشهرين التاليين لانتهائها . وفي حالة عدم السداد حتى نهاية هذه المدة يعد قرينه على عدم الاشتغال .
بطاقة تأمينية لعامل نقل بري " تباع "	
الرقم القومي: _____	
الرقم التأميني: _____	
اسم المؤمن عليه: _____	
تاريخ الميلاد: / /	
تاريخ بدء الاشتراك: / /	
مجموع المدد السابقة: شهر سنة	
يعمل بالبطاقة من / / إلى / /	
المختص المراجع مدير المكتب	

شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال
منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال
خاتم		خاتم		خاتم	
مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ
شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال
منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال
خاتم		خاتم		خاتم	
مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ
شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال
منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال
خاتم		خاتم		خاتم	
مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ
شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال	شهر	رقم الإيصال
منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال	منطقة	تاريخ الإيصال
خاتم		خاتم		خاتم	
مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ	مكتب	المبلغ

منطقة	
مكتب	

رقم: _____

تاريخ الإصدار / / ٢٠

شهادة تأمين عمال نقل برى

الرقم التأميني: _____ الرقم القومي: _____

اسم المؤمن عليه: _____ درجة الترخيص: _____

رقم الرخصة: _____

وقد سدد الإشتراك المستحق للهيئة وقدره _____ فقط _____

بالإيصال رقم _____ بتاريخ: / / ٢٠

وذلك عن المدة من / / ٢٠ إلى / / ٢٠

وتعتبر هذه الشهادة سارية المفعول لمدة _____ تنتهي في / / ٢٠ .

يشهد صندوق العاملين بقطاع الأعمال العام والخاص بأن العامل الموضحة بياناته أعلاه مؤمن عليه وفقا لأحكام قانون التأمين الاجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ والقوانين المعدلة له .

ختم شعار الجمهورية	يعتمد مدير المكتب	روجعت بمعرفة	حبريت بمعرفة
	الإسم/	الإسم/	الإسم/
	التوقيع/	التوقيع/	التوقيع/
	التاريخ/	التاريخ/	التاريخ/

(انظر خلفه)

إرشادات

- ١- تصدر الشهادة بناء 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 إنتهاء الشهادة بنهاية سريان رخصة القيادة .
- ٣- يتم تسجيل كافة شهادات عمال النقل البري بسجل إصدار الشهادات ويوقع عمال النقل البري بإبستلامها.

طلب إنهاء اشتراك سيارة

رقم المنشأة:

اسم المنشأة:

رقم الشاسية:

رقم اللوحات:

نوعها:

سبب الإنهاء:

مستند الإنهاء:

المختص

المراجع

المسجل الآلي

المراجع الآلي

إرشادات

* ينهي إشتراك السيارة في الحالات الآتية :-

١- سرقة السيارة بناء على مستند إدارة المرور المختصة على أن تحسب المستحقات حتى تاريخ سرقتها

ويعاد فتح إشتراك لها بتاريخ العثور عليها بموجب خطاب مرور .

٢- تكهين السيارة ببيعها خردة بموجب فواتير موقعة .

٣- بيع السيارة بموجب خطاب مرور من إدارة المرور المختصة .

الفهرس

تمهيد ٣

ديباجة قرار وزير المالية ٥٥٤ لسنة ٢٠٠٧ بشأن القواعد المنفذة
لقانون التأمين الإجتماعى الصادر بالقانون رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ ٩-٥

- الباب الأول : مجال سريان أحكام قانون التأمين الإجتماعى
وإنشاء جهاز التأمين الإجتماعى وتحديد
إختصاصاته وتحديد مستندات ملف التأمين
الإجتماعى وإجراءات الاشتراك ١٩-١٠
- الفصل الأول : مجال سريان أحكام قانون التأمين
الإجتماعى وإنشاء جهاز التأمين
الإجتماعى وتحديد إختصاصاته (م: ١: ٤) ١٠
- الفصل الثانى : مستندات ملف التأمين الإجتماعى (م: ٧) . ١٢
- الفصل الثالث : إجراءات الاشتراك (م: ٨: ١٧) ١٥

- الباب الثانى : قواعد تحديد وتحصيل الاشتراكات وإجراءات
الحساب أو الاشتراك عن بعض المدد ٤٠-٢٠
- الفصل الأول : أجر الاشتراك ونسب الاشتراكات (م: ٢٩: ١٨) . ٢٠
- الفصل الثانى : إجراءات أداء الاشتراكات وتوريدها (م: ٣٥: ٣٠) . ٢٧
- الفصل الثالث : تقسيط المبالغ المستحقة (م: ٣٨: ٣٦) ٣٠
- الفصل الرابع : إجراءات متابعة سداد الأقساط المستحقة
على صاحب الشأن (م: ٤٣: ٣٩) ٣٢
- الفصل الخامس: إجراءات حساب أو الاشتراك عن بعض
مدد الاشتراك (م: ٥٨: ٤٤) ٣٤

- الباب الثالث : الأحكام الخاصة بتأمين إصابات العمل ٥٧-٤١
- الفصل الأول : الفئات المنتفعة بأحكام تأمين إصابات العمل
وتعريف إصابة العمل (م: ٦٠: ٥٩) ٤١

	الفصل الثاني : إجراءات الإبلاغ عن الإصابة ومستندات
٤٣	ملف الإصابة (٦١م : ٦٧)
٤٥	الفصل الثالث : إجراءات إثبات إصابة العمل (٦٨م : ٧٠)
	الفصل الرابع : شروط وإجراءات الفحص الطبي الدورى
	للعاملين المعرضين للإصابة بأحد
٤٦	الأمراض المهنية (٧١م : ٧٣)
٤٩	الفصل الخامس: إجراءات العلاج والرعاية الطبية (٧٤م : ٧٧) ..
	الفصل السادس: قواعد وإجراءات صرف تعويض الأجر
٥١	ومصاريف الانتقال (٧٨م : ٩٠)
٥٥	الفصل السابع : مدة إعادة تقدير درجة العجز (٩١م)
٥٦	الفصل الثامن : التحكيم الطبى (٩٢م : ٩٨)
	الباب الرابع : الأحكام الخاصة بتأمين المرض وإجراءات إثبات
٦٤-٥٨	العجز
	الفصل الأول : المنتفعون بأحكام تأمين المرض وإجراءات
	إنتفاع صاحب المعاش والأرملة بالعلاج
٥٨	والرعاية الطبية (٩٩م : ١٠١)
٦٠	الفصل الثانى : إجراءات إثبات العجز (١٠٢م : ١٠٨)
٩٥-٦٥	الباب الخامس : قواعد حساب الحقوق التأمينية
	الفصل الأول : قواعد حساب الحقوق التأمينية فى تأمين
٦٥	الشيخوخة والعجز والوفاة (١٠٩م : ١٢٩)
٧٨	الفصل الثانى : قواعد وإجراءات صرف تعويض البطالة...
	المبحث الأول : إجراءات الإخطار عن إنتهاء
	الخدمة وبحت سبب النزاع على
٧٨	سبب إنهاء الخدمة (١٣٠م : ١٣١) ...
	المبحث الثانى : إجراءات طلب تعويض
٨٠	البطالة (١٣٢م : ١٣٧)
٨٣	الفصل الثالث: الحقوق الإضافية
٨٣	المبحث الأول : التعويض الإضافى (١٣٨م : ١٤٠) ..
٨٤	المبحث الثانى : منحة الوفاة (١٤١م : ١٤٢)

	المبحث الثالث: إجراءات تعيين المستفيدين من مبلغ التعويض الإضافي ومنحة
٨٥	 الوفاة (م١٤٣: ١٤٤)
٨٦	 المبحث الرابع : نفقات الجنازة (م١٤٥)
٨٧	 المبحث الخامس : إعانة الفقد (م١٤٦: ١٥٠)
٨٩	 الفصل الرابع : قواعد وإجراءات صرف إعانة العجز (م١٥١: ١٥٤)
٩١	 الفصل الخامس: قواعد وشروط الإستبدال (م١٥٥: ١٧١) ..
٩٦-١٠٩	 الباب السادس : صرف الحقوق التأمينية
٩٦	 الفصل الأول : مستندات وإجراءات صرف الحقوق التأمينية (م١٧٢: ١٧٥)
٩٨	 الفصل الثاني : المستحقون في المعاش وقواعد توزيع المعاش (م١٧٦: ١٨٦)
١٠٥	 الفصل الثالث : أحكام خاصة بصرف المعاشات (م١٩٧: ١٨٧) ..
١١٠-١٢٥	 الباب السابع : التأمين على العمال أصحاب الأجور الحكمية
١١٠	 وفقا لنص المادة ١٢٥ من قانون التأمين الإجتماعي
١١٠	 الفصل الأول : التأمين على عمال المقاولات والبناء والتشييد وعمال المحاجر وعمال الملاحات (م١٩٨: ٢٣١)
١٢٠	 الفصل الثاني : التأمين على عمال النقل البري (م٢٣٢: ٢٤٥) ..
١٢٤	 الفصل الثالث : التأمين على عمال المخازن البلدية (م٢٤٦: ٢٥٣) ..
١٢٦-١٣٠	 الباب الثامن : أحكام عامة
١٢٦	 الفصل الأول : العلاقة بين صندوقى التأمين الإجتماعي (م٢٥٤: ٢٥٥)
١٢٧	 الفصل الثاني : العلاقة بين صندوقى التأمين الإجتماعي والخزانة العامة (م٢٥٦: ٢٥٧)
١٢٨	 الفصل الثالث : فض المنازعات (م٢٥٨: ٢٦٩)

١٦٣-١٣١	الجداول
١٣٢	بيان بالجداول
	جدول رقم ١ : الحد الأدنى والأقصى لأجر الاشتراك
١٣٣	التأمينى (م١٨)
	جدول رقم ٢ : القيمة الحالية التى يتعين على المؤمن عليه
	أداؤها لوقف أقساط المبالغ المستحقة عليه
	للسندوق المختص . القيمة الحالية لقسط
	سنوى قدره جنيه سبق تقسيطه حتى
١٣٤	سن الستين (م٣٨)
	جدول رقم ٣ : نسب العجز المتخلفة عن الإصابة
	الناتجة عن الإجهاد أو الإرهاق من
١٣٥	العمل (م٦٧)
	جدول رقم ٤ : الحد الأقصى الرسمى لمعاش الأجر
١٣٦	الأساسى (م١٢٣)
	جدول رقم ٥ : المبالغ التى ترد عند وقف العمل
	بالإستبدال بالنسبة لكل جنيه من المعاش
١٣٧	الشهرى المستبدل (م١٧١)
١٤٣	جدول رقم ٦ : بيان المهن الرئيسية (م١٩٨)
١٤٤	جدول رقم ٧ : تحديد أجر الاشتراك المؤمن عليه (م١٩٩) .
١٤٥	جدول رقم ٨ : تحديد نسب الأجور (م٢٠٠)
١٤٥	- أعمال التشييد والبناء
١٤٩	- أعمال الشبكات العامة
١٥٠	- قطاع الرى
١٥١	- أعمال الطرق البرية والمائية
١٥٢	- أعمال الميكانيكا والكهرباء
١٥٣	- قطاع البترول
١٥٥	- أعمال النقل
١٥٦	- منصات بحرية
١٥٧	- مقاولات مختلفة
١٥٨	- أعمال المحاجر والملاحات
١٥٩	جدول رقم ٩ : أجر الاشتراك لعمال النقل البرى (م٢٣٣) .
	جدول رقم ١٠ : جدول المهن الرئيسية لعمال
١٦٠	المخابز (م٢٤٦)

جدول رقم ١١ : جداول تحديد القيمة الرأسمالية

١٦١	للمعاش (م٢٥٥)
	- معاش شهرى جنيه مستحق لغير العجز
١٦١	والوفاه
١٦٢	- معاش شهرى جنيه مستحق لثبوت العجز.
١٦٣	- معاش شهرى جنيه مستحق للوفاه

٢٧٤-١٦٥	النماذج
١٦٦	- بيان النماذج
١٦٨	- النماذج
٢٧٩-٢٧٥	الفهرس