



آلية التأكد من استحقاق المستفيد بجمعية طفولة آمنة

إصدار عام ٢٠٢٣م

آلية التأكد من استحقاق المستفيد

حرصاً من جمعية طفولة آمنة بمحافظة جدة التأكد من استحقاق المستفيد لما تقدمه من خدمات، لكيلا يتسبب ذلك في منع مستفيد آخر هو أحق بهذه الخدمة التي تقدمها الجمعية.

و الخدمات التي تقدمها الجمعية والتي تحتاج إلى التأكد من استحقاق المستفيد، هي كما يلي:

١. خدمة التحريب.

٢. خدمة البرامج المساندة.

٣. خدمة الدعم النفسي والاجتماعي والقانوني.

٤. خدمة التوعية والتثقيف.

الإجراءات:

أولاً: اختيار المستفيدين

▪ تحديد معايير الاختيار

يجب على الجمعية تحديد معايير الاختيار التي ستستند إليها في اختيار المستفيدين. وتشمل هذه المعايير عادةً:

- الوضع الاجتماعي والاقتصادي للمستفيد

- الاحتياجات الأساسية للمستفيد

- المعايير الدينية أو الثقافية للمستفيد

▪ الإعلان عن معايير الاختيار

يجب الإعلان عن معايير الاختيار للجمهور، وذلك لضمان الشفافية في عملية الاختيار. ويمكن الإعلان عن معايير الاختيار من خلال وسائل الإعلام المختلفة، أو من خلال الموقع الإلكتروني للجمعية.

▪ استقبال طلبات التقديم

يجب استقبال طلبات التقديم من الأشخاص التي ترغب في الاستفادة من خدمات أو أنشطة الجمعية. ويمكن استقبال طلبات التقديم

من خلال البريد أو شخصياً

▪ فحص طلبات التقديم

يجب فحص طلبات التقديم من قبل فريق متخصص، وذلك للتأكد من استيفاء المتقدمين للمعايير المحددة.

▪ إجراء المقابلات

قد يجري فريق الاختيار مقابلات مع بعض المتقدمين، وذلك لجمع معلومات إضافية عنهم.

▪ اتخاذ قرار الاختيار

بناءً على نتائج الفحص والتقييم، يصدر فريق الاختيار قراراً باختيار المستفيدين.

▪ إبلاغ المستفيدين بالقرار

يجب إبلاغ المستفيدين بالقرار الصادر عن فريق الاختيار، وذلك من خلال البريد أو شخصياً.

الضوابط

- يجب الالتزام بالضوابط التالية عند اختيار المستفيدين:
- يجب أن يتم اختيار المستفيدين بطريقة عادلة وشفافة.
- يجب أن يتم الإعلان عن معايير الاختيار للجمهور.
- يجب أن يتم فحص طلبات التقديم بعناية.
- قد يجري فريق الاختيار مقابلات مع بعض المتقدمين.
- يجب أن يكون قرار الاختيار مستنداً إلى نتائج الفحص والتقييم.
- يجب أن يتم إبلاغ المستفيدين بالقرار الصادر عن فريق الاختيار.

ثانياً: آلية التحقق:

1. تقوم الجمعية بعمل دراسة اجتماعية ونفسية وصحية واقتصادية للمستفيد للتأكد من أهليته لتلقى الخدمة.
2. التأكد من استكمال المعاملة مالياً وإدارياً.
3. التعاميد التي تصدر من الإدارة التنفيذية لكل حالة.
4. سند استلام الخدمة.
5. التواصل مع المستفيد للتأكد من استلام الخدمة.
6. التقرير الإحصائي الإلكتروني عن الخدمات.



نموذج طلب المساعدة من برنامج قريب (الأخصائي النفسي للطفل)

الموضوع				طلب المساعدة من برنامج قريب (الأخصائي النفسي للطفل) لتقديم الخدمات النفسية			
سعادة رئيس لجنة برنامج قريب (الأخصائي النفسي للطفل)				المحترم			
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته							
إشارة إلى الموضوع أعلاه، وبعد الاطلاع على سياسة وإجراءات طلب المساعدة من برنامج قريب (الأخصائي النفسي للطفل) ، أتقدم				لساعدتكم بطلب المساعدة النفسية.			
بيانات طالب المساعدة							
رقم الهوية / الإقامة		الجنسية					
العنوان							
أرقام التواصل							
رقم الجوال		رقم الهاتف					
البريد الإلكتروني							
الصفة		أب <input type="checkbox"/>		أم <input type="checkbox"/>		أخرى <input type="checkbox"/>	
هل يوجد لديك		صك ولاية على قاصر <input type="checkbox"/>		صك حضانة <input type="checkbox"/>		صك زيارة <input type="checkbox"/>	
بيانات المساعدة		استشارة نفسية <input type="checkbox"/>		إعداد خطة علاجية <input type="checkbox"/>		تولي العلاج النفسي أمام الجهات المعنية <input type="checkbox"/>	
وصف الحالة							
تعهد مقدم الطلب				أتعهد أنا مقدم طلب المساعدة النفسية من برنامج الأخصائي النفسي للطفل وأنا بكامل الأهلية المعتبرة شرعاً ونظاماً، وبعد اطلاعي على سياسة وإجراءات طلب المساعدة النفسية من برنامج الأخصائي النفسي للطفل التابع لجمعية طفولة آمنة بأن ألتزم بجميع ما ورد بها من شروط وواجبات ، كما أقر بصحة البيانات الواردة في الطلب ، وعليه أقر وأوقع.			
توقيع مقدم الطلب							
التاريخ		/ / هـ		الموافق		/ / م	
الرقم							



تقرير التقييم النفسي

المعلومات الأولية									
الاسم		الجنسية		تاريخ الميلاد					
الجنس		العمر		العنوان					
السجل المدني				رقم الجوال					
سبب الإحالة		<input type="checkbox"/> إهمال		<input type="checkbox"/> عنف		<input type="checkbox"/> اعتداء جنسي			
وصف الحالة									
تعهد مقدم الطلب		أتعهد أنا مقدم طلب المساعدة النفسية من برنامج الأخصائي النفسي للطفل وأنا بكامل الأهلية المعتبرة شرعاً ونظاماً، وبعد اطلاعي على سياسة وإجراءات طلب المساعدة النفسية من برنامج الأخصائي النفسي للطفل التابع لجمعية طفولة آمنة بأن ألتزم بجميع ما ورد بها من شروط وواجبات، كما أقر بصحة البيانات الواردة في الطلب، وعليه أقر وأوقع.							
توقيع مقدم الطلب									
التاريخ		الموافق							
معلومات عن الطفل/ة									
ملاحظات سلوكية									
يعتمد على نفسه		الأكل		الشرب		اللبس		التحكم في الإخراج	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		الاستحمام		العناية بالمظهر		المساعدة في المنزل			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
طريقة التعبير		يصدر أصوات		يخرج حروف		جمل قصيرة		جمل طويلة	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
		كلامه واضح							
		<input type="checkbox"/>							
معلومات عن أسرة الطفل/ة									
مقدمي الرعاية		<input type="checkbox"/> كلا الوالدين		<input type="checkbox"/> أحد الوالدين		<input type="checkbox"/> رعاية آخرين		حدد:	
عدد الأخوة الذكور		الإناث		ترتيبه بينهم					
المؤهل التعليمي للأب		عمله							
المؤهل التعليمي للأم		عملها							
هل يعاني أحد الوالدين من مشكلات صحية / نفسية		<input type="checkbox"/> نعم		<input type="checkbox"/> لا		ماهي إن وجد			
علاقة الأم بالطفل		<input type="checkbox"/> رفض		<input type="checkbox"/> قبول		<input type="checkbox"/> حماية زائدة			
علاقة الأب بالطفل		<input type="checkbox"/> رفض		<input type="checkbox"/> قبول		<input type="checkbox"/> حماية زائدة			
ملاحظات أخرى									

استمارة دراسة حالة مستفيد

المعلومات الأولية				
الاسم		الجنسية		تاريخ الميلاد
الجنس		العمر		رقم الهوية
			تاريخ اجراء الدراسة	
			مكان اجراء الدراسة	

معلومات السكن			
المدينة / الحي		ملكية السكن	<input type="checkbox"/> ملك <input type="checkbox"/> ايجار
نوع السكن	<input type="checkbox"/> شقة <input type="checkbox"/> فيلا <input type="checkbox"/> بيت شعبي	عدد الغرف	

معلومات الأسرة			
الأب		الأم	
الاسم		الاسم	
تاريخ الميلاد		تاريخ الميلاد	
الجنسية		الجنسية	
رقم الهوية		رقم الهوية	
رقم التواصل		رقم التواصل	
مستوى التعليم		مستوى التعليم	
المهنة		المهنة	

الإخوة			
عدد الإخوة	عدد الإناث	عدد الذكور	ترتيب الحالة بين الإخوة
			التكوين الأسري

الوضع الاقتصادي			
اجمال الدخل		نوع الدخل	<input type="checkbox"/> ثابت <input type="checkbox"/> غير ثابت
مساعداً من جهات أو أشخاص		اجمالي الالتزامات المالية الدورية	
هل يوجد مطالبات مالية	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا	تفاصيل المطالبات المالية ان وجدت	



اعتماد مجلس إدارة الجمعية

اعتمد مجلس إدارة الجمعية في دورته الثانية آلية التحقق من استحقاق المستفيد بموجب اجتماع المجلس رقم (٢٠٢٣/١م) بتاريخ ١٤٤٤/٦/٢٤هـ.
الموافق ٢٠٢٣/١/١٧م، وتحل هذه الآلية محل أي آلية للتحقق من استحقاق المستفيد وضمت سابقاً.

م	الاسم	الصفة	التوقيع
١	نسرين محمود رفقي أبو طه	رئيسة مجلس الإدارة	
٢	محمد أحمد جبران الفمري	نائب رئيسة مجلس الإدارة	
٣	محمد علي محمد العطاس	عضو مجلس إدارة	
٤	بخيت عتيق عبد الكريم الزهراني	عضو مجلس إدارة	
٥	علي سليمان أحمد الزهراني	عضو مجلس إدارة	



