شماره :
تاریخ :

پیوست شماره یک– گزارش مددکاری و بررسی وضعیت پرونده فعال فرد دارای معلولیت حوزه امور توانبخشی در سامانه بهزیستی

بازدید شده در تاریخ 1403/00/00 **توسط مرکز..... شهرستان..... استان.....**

الف) اطلاعات فرد دارای معلولیت:

نام و نام خانوادگی (فرد تحت پوشش)	کد ملی	سن	گروه هدف حوزه امور توانبخشی حائز شرایط			سرپرست معلول ذهنی/سرپرست معلول جسمی حرکتی خیلی شدید بستر گرا			شماره تماس/ موبایل
			دارای معلولیت ذهنی	دارای معلولیت جسمی حرکتی خیلی شدید بستر گرا	فرد دارای معلولیت	نام و نام خانوادگی	کد ملی	نسبت با فرد تحت پوشش (پدر، مادر، همسر یا قیم قانونی)	

ب) بررسی وضعیت پرونده فعال فرد دارای معلولیت در سامانه بهزیستی:

فرد دارای معلولیت ذهنی			فرد دارای معلولیت جسمی حرکتی خیلی شدید بستر گرا			فرد دارای معلولیت		
دارای کمیسیون پزشکی تائید شده می باشد	نوع و شدت معلولیت	تاریخ اعتبار کمیسیون	دارای کمیسیون پزشکی تائید شده می باشد	نوع و شدت معلولیت	تاریخ اعتبار کمیسیون	دارای کمیسیون پزشکی تائید شده می باشد	نوع و شدت معلولیت	تاریخ اعتبار کمیسیون

ج) بررسی سابقه فرد دارای معلولیت در استفاده از خدمات و امکانات دولتی تامین مسکن:

دارای سابقه					فاقد سابقه
سابقه دریافت زمین دولتی	سابقه دریافت تسهیلات یارانه ای خرید / احداث	سابقه دریافت (مسکن مهر/اجاره به شرط تملیک/استیجاری/نهضت یا اقدام ملی/..)	مبلغ کمک بلاعوض مسکن سازمان بهزیستی کشور (ریال)	سال دریافت کمک بلاعوض بهزیستی	

د) آدرس و نشانی:

آدرس فعلی محل سکونت فرد دارای معلولیت تحت پوشش (استان/ شهرستان/ شهر/ روستا):
آدرس واحد یا پروژه در دست احداث/ خریداری شده/ نیازمند تعمیر/ استیجاری:

د) گزارش مددکار در خصوص وضعیت اقتصادی ، بعد خانوار و نیازمندی فرد دارای معلولیت تحت پوشش براساس بازدید میدانی انجام شده :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

و) نتیجه نهایی گزارش مددکار

نیازمندی فرد دارای معلولیت تحت پوشش مورد تائید بوده و نامبرده واجد شرایط دریافت کمک بلاعوض پیشنهادی ذیل می باشد:								
روش تامین مسکن	احداث مسکن	جانمایی در مسکن مهر	جانمایی در طرح نهضت ملی	احداث توسط تعاونی	احداث توسط خیریا موسسه خیریه	تعمیر واحد مسکونی تحت مالکیت مددجو	خرید واحد مسکونی توسط مددجو ضمن تائید رعایت عدم نسبت خویشاوندی نزدیک (پدر، مادر، خواهر، برادر، پدربزرگ و مادربزرگ) بین خریدار و فروشنده	اجاره واحد مسکونی توسط مددجو ضمن تائیدرعایت عدم نسبت خویشاوندی نزدیک (پدر، مادر، خواهر، برادر، پدربزرگ و مادربزرگ) بین مستاجر و موجر
مبلغ پیشنهادی مددکار (ریال)								

ز) اعضاء تائید کننده

مددکار بهزیستی شهرستان	کارشناس مسکن شهرستان	رئیس بهزیستی شهرستان	کارشناس مسکن بهزیستی استان	رئیس اداره/معاون مشارکت های مردمی، اشتغال و موسسات خیریه بهزیستی استان	معاون امورتوانبخشی بهزیستی استان	رئیس اداره ارزیابی عملکرد و پاسخگویی به شکایات بهزیستی استان	مدیرکل بهزیستی استان
نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء	نام و نام خانوادگی امضاء