

دفتر حفاظت منافع جمهوری اسلامی ایران - واشنگتن

EMBASSY OF PAKISTAN

INTERESTS SECTION OF THE ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

2209 WISCONSIN AVENUE N.W. WASHINGTON, DC 20007, TEL: (202)965-4990 -4, FAX: (202)965-1073, www.daftar.org

خدمات پزشکی

هموطن گرامی، باسلام، محترماً به اطلاع میرساند خدمات بخش پزشکی این نمایندگی به شرح زیر میباشد:

□ **الف - بررسی مدارک درمانی جهت استرداد ودیعه ارزش پزشکی بیماران اعزامی از طرف شورای پزشکی، ارزش پزشکی جهت بیماران غیر اعزامی و دانشجویان.**

جهت رسیدگی به درخواست فوق (الف) تکمیل این پرسشنامه و ارسال مدارک ذیل ضروریست:

۱- اصل نامه تایپ و امضاء شده پزشک معالج به همراه کپی خلاصه پرونده پزشکی بیمار (حداکثر ۲ الی ۳ صفحه)

۲- اصل ریز صورتحسابهای درمانی به همراه رسیدهای مبالغ پرداخت شده (کپی قابل قبول نیست)

۳- کپی ۸ صفحه اول گذرنامه معتبر به همراه کپی ویزای معتبر. (I-94 و یا کارت سبز)

۴- کپی مجوز شورای پزشکی (در صورت امکان)

۵- ریز نمرات و برگ اشتغال به تحصیل (مخصوص دانشجویان)

۶- هزینه تأیید مدارک پزشکی (به فهرست هزینه خدمات کنسولی فرم شماره ۶۰۰ ردیفهای ۱۹ الی ۲۲ رجوع فرمائید).

تذکره: تصمیم نهائی در مورد انتقال هرگونه ارزش پزشکی بعهده مقامات مربوطه در جمهوری اسلامی ایران میباشد که در صورت موافقت مستقیماً به مراکز درمانی ارسال میگردد.

□ **ب - تأیید مدارک درمانی به منظور تمدید مرخصی استعلاجی، دریافت حقوق بازنشستگی، خروج یکی از بستگان از ایران جهت عیادت و یا سرپرستی، برقراری مجدد ارزش تحصیلی دانشجویان بعلت بیماری، آزمایش خون، معافی و تأیید هرگونه بیماری.**

جهت رسیدگی به هر یک از درخواست های فوق (ب) تکمیل این پرسشنامه و ارسال مدارک ذیل ضروری است:

۱- اصل نامه تایپ و امضاء شده پزشک معالج به همراه شرح مختصری از بیماری

۲- کپی ۸ صفحه اول گذرنامه معتبر

۳- هزینه تأیید (به فهرست هزینه خدمات کنسولی فرم شماره ۶۰۰ ردیف های ۱۹ الی ۲۲ رجوع فرمائید).

اطلاعات مهم

رسیدگی به تقاضای هموطنان عزیز فقط در صورت کامل بودن مدارک امکان پذیر خواهد بود. حداقل مدت زمان بررسی مدارک ارزی

۶ هفته میباشد که پس از تأیید به آدرس متقاضی در آمریکا ارسال و یا در صورت درخواست متقاضی، مدارک تأیید شده از طریق اداره امور اجتماعی در وزارت امور خارجه به آدرس مورد نظر در ایران ارسال خواهد شد.

توجه: طبق مقررات این نمایندگی از رسیدگی و تأیید مدارک ذیل معذور میباشد:

۱- مدارک و پرسشنامه هائی که ناقص، ناخوانا و یا بدون امضاء باشند.

۲- هزینه های درمانی افراد تابع و یا مقیم آمریکا

۳- هزینه های درمانی مربوط به زیبایی

۴- صورتحسابهای غیر درمانی و یا مدارکی که محل صدور آنها خارج از حوزه اختیارات این نمایندگی باشند.

۵- صورت حسابهای قدیمی

***ارائه مدارک ساختگی و جعلی پیگرد قانونی خواهد داشت.**

لطفاً این پرسشنامه را بطور کامل و محل های مناسب را با علامت مشخص فرمایید.

نوع تقاضا:

- استرداد ودیعه ارزش پزشکی حقوق بازنشستگی مرخصی استعلاجی خروج یکی از بستگان از ایران
 تأیید بیماری آزمایش خون معافی پزشکی غیره:

نحوه استفاده از مدارک تأیید شده خود را توضیح دهید:

مشخصات خود را مطابق با شناسنامه در جدول زیر به فارسی بنویسید:

نام خانوادگی: نام:

نام پدر: نام مادر: تاریخ و محل تولد:

شماره مجوز شورای عالی پزشکی: نوع ویزا: شغل:

شماره و محل صدور گذرنامه: شماره و محل صدور شناسنامه:

آدرس در آمریکا:

Street: City: State: Zip Code:

Home Phone: () - - - - - Work Phone: () - - - - - E-Mail:

آدرس در ایران:

شهر: خیابان: پلاک: کد پستی:

شماره تلفن با کد شهری: () - - - - -

وضعیت تاهل: مجرد، متاهل، مطلقه، غیره: نام و نام خانوادگی همسر:

مشخصات یکی از افراد خانواده و یا آشنایان خود را در آمریکا بنویسید:

نام و نام خانوادگی: نسبت: تلفن:

Street: City: State: Zip code:

نوع بیماری و مدت آن: -----

این سؤال مخصوص دانشجویان و یا خانواده آنها میباشد:

الف - آیا در حال حاضر دانشجو هستید؟ بلی خیر،

ج - نام دانشگاه و یا کالج تحصیل خود و یا همسر:

ب - رشته تحصیلی:

د - مرحله تحصیلی:

توجه: برگ اشتغال به تحصیل و ریز نمرات سال های تحصیلی را ضمیمه نمایید.

سئوالات ذیل فقط برای متقاضیانی است که تقاضای استرداد ودیعه و یا ارزش پزشکی دارند.

۱- آیا ارزش پزشکی تاکنون از ایران دریافت داشته اید؟ بلی خیر۲- آیا بیمه درمانی در آمریکا دارید؟ بلی خیر

۳- چنانچه بیمه درمانی دارید، نام شرکت های بیمه خود را بنویسید: -----

**AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF
MEDICAL & FINACIAL INFORMATION**

To:

I hereby authorize you to release to:

**EMBASSY OF PAKISTAN
INTERESTS SECTION OF THE ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
2209 WISCONSIN AVE. , N.W. WASHINGTON, D.C. 20007**

- A brief history of my illness and treatments as well as a summary of discharge (preferably in 2 or 3 typed pages)
- All information for the verification of my bills and any other related information.
- A complete medical record of my stay in the hospital.

A copy of this document is as good as the original.

Name: _____
(First) (Last)

Address:

City: State: Zip:

Signature: _____

Date: