

MFUKO WA HUDUMA ZA AFYA ZANZIBAR**FOMU YA UHAKIKI WA MTOTO WA KULEA**

Maelekezo: Fomu hii itatumika kwa ajili ya kupata taarifa za uthibitisho kwa ajili ya kufanya uhakiki wa mtoto wa kulea ili Mfuko uweze kumruhusu awe mtegemezi. Mzazi/ mlezi husika atajaza sehemu zote za fomu hii na kisha kuambatanisha vielelezo vinavyohitajika kabla ya kuiwasilisha katika Ofisi za Mfuko wa Huduma za Afya Zanzibar kwa ajili ya kuchukuliwa hatua.

SEHEMU A: TAARIFA ZA MWANACHAMA MCHANGIAJI (MZAZI/ MLEZI)

1. Jina kamili la mwanachama:
2. Nambari ya uanachama:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
3. Nambari ya simu:

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

SEHEMU B: TAARIFA ZA MTOTO WA KULEA

4. Jina kamili la mtoto:
5. Sababu ya kuwa mtegemezi
☐ Amefiwa na wazazi (Yatima) ☐ Anaishi/ Anatokea katika mazingira magumu

SEHEMU C: VIELELEZO

6. Aina ya kielelezo kilichoambatanishwa
☐ Vyeti vya kufariki wazazi (*Kwa mtoto yatima*)
☐ Barua kutoka Wizara ya Maendeleo ya Jamii, Jinsia, Wazee na Watoto (*Kwa mtoto anayetokea katika mazingira magumu*)
☐ Barua kutoka Ofisi ya Mufti/ Kadhi/ Mahakama ya Kadhi (*Kwa mtoto wa kafala/ kulea*)
☐ Barua kutoka Mahakamani (*Kwa mtoto wa kuasili*)
☐ Barua kutoka Ofisi ya Sheha (*Kwa watoto wa aina zote*)

KWA MATUMIZI YA OFISI TU

Napendekeza kuwa mtoto anayeombewa kuwa mtegemezi aruhusiwe/ asiruhusiwe kulingana na uchambuzi na uhakiki wa vielelezo vilivyowasilishwa.

Jina Saini Tarehe