

اداره امور خوابگاههای دانشجویی

فرم درخواست امکانات رفاهی

(لطفاً با خود کار مشکی تکمیل گردد)

تذکر: مدت استفاده از خوابگاههای دانشجویی از شروع تحصیل (در صورت وجود امکانات خوابگاهی) 'کارشناسی حداکثر ۴ ترم / کاردانی حداکثر ۲ ترم می باشد.

۱- مشخصات دانشجو:

نام خانوادگی: [] شماره شناسنامه: [] کد ملی: [] نام: []

نام پدر: [] تاریخ تولد: روز [] ماه [] سال [] محل تولد: []

محل صدور: [] جنس: زن [] مرد []

تلفن همراه دانشجو: [] تلفن همراه سرپرست خانواده: []

۲- مشخصات دوره تحصیلی:

شماره دانشجویی: [] رشته تحصیلی: []

ورودی نیمسال: []

۳- مقطع تحصیلی:

کاردانی کارشناسی کاردانی به کارشناسی کارشناسی ارشد دکتری

۴- وضعیت تاهل:

مجرد متاهل شاغل غیر شاغل

جدول زیر را در صورتی که مجرد هستید تعداد برادران و خواهرانی که با شما زندگی می کنند و در صورتی که متاهل هستید نام همسر و فرزندان را ذکر نمایید.

ردیف	نام	نام خانوادگی	جنس	سن	میزان تحصیلات	شغل
۱						
۲						
۳						
۴						
۵						
۶						

۵- وضعیت اقتصادی خانواده:

نوع مسکن دانشجو: ملکی استیجاری سازمانی رهن / اجاره هیچکدام

نوع مسکن خانواده (پدر و مادر): ملکی استیجاری سازمانی رهن / اجاره

ولی قانونی دانشجو: پدر مادر قیم مشخصات قیم:

شغل پدر با ذکر نوع فعالیت: میزان تحصیلات: محل کار پدر:

درآمد ماهیانه: شغل مادر: میزان تحصیلات: محل کار مادر: تعداد افراد تحت

تکفل ولی: نفر تلفن محل کار پدر: مادر:

موارد خاص ولی: از کار افتاده بیکار بازنشسته متوفی

آدرس کامل پستی خانواده: استان: شهر: خیابان: کوچه: تلفن ضروری جهت تماس: کد شهر:

آدرس کامل پستی دانشجو : استان:.....شهر.....خیابان.....کوچه.....تلفن ضروری جهت تماس.....کد شهر.....

۶- تحت پوشش : کمیته امداد امام خمینی (ره) سازمان بهزیستی شماره پرونده در سازمان

در صورتیکه جزء سهمیه های ذیل می باشید موارد قید شده را تکمیل و مدارک مربوطه را ارائه نمایید.

رزمندگان مفقودین اسرا آزادگان جانبازان خانواده شهدا مناطق نام شهید یا مفقود سابقه

رزمندگی ماه.....نسبت با شهید یا مفقود

شماره پرونده در بنیاد مربوطه استان محل تشکیل پرونده

این قسمت توسط ولی دانشجو تکمیل و امضاء شود.

اینجانب فرزند به شماره شناسنامه ولی قهری / قانونی / آقای / خانم دانشجوی

رشته به شماره دانشجویی

الف) به دانشگاه لرستان و کالت می دهم در صورت نیاز به بستری اعزام جراحی و ارائه هر گونه اقدام تشخیصی و درمانی در خصوص فرزندم با صلاحدید کادر پزشکی اقدام نموده و رضایت نامه های موجود را امضاء نماید. دانشگاه لرستان دارای اختیارات فوق بوده و اقدامات آن دانشگاه به نیابت از اینجانب صحیح و نافذ است.

ب) بدینوسیله اعلام می دارم که فرزندم می تواند خارج از ساعات مقرر از خوابگاه خارج و به منزل عزیمت نماید و هر گونه مسئولیت ایشان به عهده اینجانب می باشد.

پ) در صورت داشتن بیماری خاص که نیاز به مراقبت های ویژه و اورژانس دارد توضیح دهید.

ج) آدرس و مشخصات بستگان و آشنایانی که دانشجو می تواند با معرفی ولی قانونی با آنها ایجاد ارتباط نماید.

ردیف	نام و نام خانوادگی	نسبت با دانشجو	شغل	محل اشتغال	آدرس کامل محل سکونت و تلفن محل تماس
۱					
۲					

مشخصات بستگان درجه اول جهت مراجعه و ملاقات با دانشجو (برادر ، خواهر ، فرزندان)

نام و نام خانوادگی	نسبت	نام پدر	میزان تحصیلات	شغل	آدرس محل سکونت

نام نام خانوادگی و امضاء ولی دانشجو

امضاء دانشجو

اینجانب صحت اطلاعات خواسته شده در فرم بالا را تایید می کنم و در صورتیکه ثابت شود اطلاعات نادرست در این برگه ثبت نموده ام ، اداره خوابگاهها می تواند در هر مرحله ای سکونت اینجانب را لغو نماید.

در صورتیکه دانشجو بدون اطلاع سرپرستی خوابگاه و عدم پرنمودن فرم خروج، خوابگاه را ترک نماید با وی برخورد قانونی به عمل آمده و اسکان ایشان لغو میگردد.

این قسمت توسط اداره امور خوابگاهها تکمیل می شود.

امتیازات بندهای مختلف

امتیاز بند (۲) امتیاز بند (۳) امتیاز بند (۴)

امتیاز بند (۵) امتیاز بند (۶) امتیاز بند (۷)

امتیازات تعلق گرفته از سوی صندوق رفاه و اطلاعات مندرج ()

مجموع امتیازات () نتیجه بررسی

امضاء رئیس اداره امور خوابگاهها

امضاء کارشناس اداره امور خوابگاهها

امضاء دانشجو