

## وزارة التنمية الاجتماعية

### قرار وزارى

رقم ٢٠٠٨/٩٤

### بشأن لائحة تنظيم إصدار بطاقة معاق

استنادا إلى المرسوم السلطانى رقم ٢٠٠٣/٣٢ بتحديد اختصاصات وزارة التنمية الاجتماعية

واعتماد هيكلها التنظيمى ،

وإلى قانون رعاية وتأهيل المعاقين الصادر بالمرسوم السلطانى رقم ٢٠٠٨/٦٣ ،

وبناء على ما تقتضيه المصلحة العامة .

### تقرر

المادة الأولى : يعمل فى شأن تنظيم إصدار بطاقة معاق باللائحة المرفقة .

المادة الثانية : يلغى كل ما يخالف اللائحة المرفقة أو يتعارض مع أحكامها .

المادة الثالثة : ينشر هذا القرار فى الجريدة الرسمية ، ويعمل به من اليوم التالى

لتاريخ نشره .

صدر فى : ١ رمضان ١٤٢٩ هـ

الموافق : ٢ سبتمبر ٢٠٠٨ م

د. شريفة بنت خلفان اليحيائية

وزيرة التنمية الاجتماعية

نشر هذا القرار فى الجريدة الرسمية رقم ( ٨٧١ )

الصادرة فى ٢٠٠٨/٩/١٥ م

## لائحة تنظيم إصدار بطاقة معاق

المادة ( ١ ) : فى تطبيق أحكام هذه اللائحة يكون للكلمات والعبارات الواردة بها ذات المعنى المحدد لها فى قانون رعاية وتأهيل المعاقين ، كما يكون للكلمات التالية المعنى المبين قرين كل منها ما لم يقتض سياق النص معنى آخر :

**القانون** : قانون رعاية وتأهيل المعاقين .

**الوكيل** : وكيل وزارة التنمية الاجتماعية .

**الدائرة** : دائرة الرعاية الخاصة بمحافظة مسقط ودوائر التنمية الاجتماعية بالمحافظات والمناطق والولايات .

**المدير** : مدير الدائرة .

**بطاقة المعاق** : المستند الرسمى الصادر من الدائرة لشخص معاق وفقا لأحكام هذه اللائحة والمثبت لحالته بفرض التعامل مع الجهات الحكومية وغير الحكومية المعنية بتقديم خدمات للمعاقين .

المادة ( ٢ ) : لا يعتد بمستند آخر خلاف بطاقة المعاق الصادرة وفقا لأحكام هذه اللائحة عند تطبيق أحكام القانون والقرارات الصادرة تنفيذا لأحكامه .

المادة ( ٣ ) : تصدر الدائرة بطاقة معاق لمن تنطبق عليهم الشروط المنصوص عليها فى هذه اللائحة بناء على طلبهم ودون رسوم .

المادة ( ٤ ) : يشترط لاستخراج بطاقة معاق توافر الآتى :

- ١- أن يكون مقدم الطلب عمانى الجنسية .
- ٢- أن يكون مقدم الطلب معاقا إعاقة دائمة ، ويثبت ذلك بتقرير صادر من الجهة الطبية المختصة والتي يصدر بتحديداتها قرار من وزير الصحة بناء على طلب الوزير .

المادة ( ٥ ) : يكون استخراج بطاقة معاق بناء على طلب يقدم من ذى الشأن إلى الدائرة وفقا للإجراءات التالية :

أ - تدوين بيانات الاستمارة المعدة لهذا الغرض وفقا للملحق رقم (١) المرفق .

ب - تقدم الاستمارة مرفقا بها الآتى :

١ - صورتين شخصيتين حديثتين لمقدم الطلب مقاس ٢ سم × ٣ سم .  
٢ - صورة ضوئية من البطاقة الشخصية أو جواز السفر مع تقديم الأصل للمطابقة شريطة أن يكون سارى المفعول .

٣ - التقرير المثبت للإعاقة الصادر من الجهة الطبية المختصة والمدون على النموذج المعد لهذا الغرض وفقا للملحق رقم (٢) المرفق ، ويجوز الإعفاء من تقديم هذا التقرير بموافقة المدير إذا كانت إعاقة ذى الشأن ظاهرة .

المادة ( ٦ ) : يجب على الدائرة تسليم المعاق البطاقة خلال خمسة عشر يوما من تاريخ تقديم طلب استخراجها وذلك وفقا لنموذج بطاقة المعاق المعد لهذا الغرض بعد توقيعها من الوكيل .

المادة ( ٧ ) : تكون صلاحية بطاقة المعاق مدة خمس سنوات من تاريخ إصدارها ، وتجدد بناء على طلب ذى الشأن لمدة مماثلة قبل انتهاء مدة صلاحيتها على أن يرفق بطلب التجديد البطاقة المنتهية وصورتين شخصيتين حديثتين وفقا للبند (١/ب) من المادة (٥) من هذه اللائحة وبمراعاة شروط استخراجها أول مرة ، ويجوز تقديم طلب التجديد خلال شهر من تاريخ انتهاء مدة صلاحية البطاقة على الأكثر والا يجب استخراج بطاقة معاق جديدة وفقا للشروط والإجراءات المنصوص عليها في هذه اللائحة .



المادة ( ٨ ) : إذا تلفت بطاقة المعاق لأى سبب يجوز لذى الشأن طلب استخراج بطاقة أخرى بذات تاريخ البطاقة الأولى على أن يرفق بالطلب البطاقة التالفة وصورتين شخصيتين حديثتين له ، وفقا للبند (١/ب) من المادة (٥) من هذه اللائحة ولا يلزم إجراء الكشف الطبى فى هذه الحالة .

المادة ( ٩ ) : إذا فقدت بطاقة المعاق يجوز لذى الشأن طلب استخراج بطاقة جديدة بذات تاريخ البطاقة الأولى على أن يرفق بالطلب محضر الشرطة المثبت لواقعة الفقد وصورتين شخصيتين حديثتين له وفقا للبند ( ١/ب ) من المادة (٥) من هذه اللائحة ولا يلزم إجراء الكشف الطبى فى هذه الحالة ، ويكون إصدار البطاقة الجديدة بعد مضى شهر من تاريخ إثبات واقعة الفقد .

المادة ( ١٠ ) : يجوز إصدار بطاقة معاق مؤقتة لمن يعانى عجزا مؤقتا طوال مدة عجزه وفقا للتقرير الصادر من الجهة الطبية المختصة ، وبذات الإجراءات المنصوص عليها فى المادة (٥) من هذه اللائحة شريطة موافقة الوزير .

المادة ( ١١ ) : تلتزم الدائرة بعمل أرشيف لحفظ المعلومات الخاصة ببطاقات المعاقين فى النظام الآلى المعد لهذا الغرض يراعى فيه تدوين البطاقات وفق أرقام مسلسلة ، كما تلتزم الدوائر بالتنسيق فيما بينها من خلال النظام الآلى لتبادل المعلومات الخاصة ببطاقات المعاقين تفاديا لازدواجية إصدار تلك البطاقات .

الملحق رقم ( ١ )



الصورة

استمارة طلب بطاقة شخص معاق

أولا : بيانات أولية .. ( تملأ بواسطة صاحب الطلب )

رقم الحالة : [ ] تاريخ التسجيل : [ / / ] رقم السجل المدني : [ ]

الاسم والقبيلة : [ ]

الجنس :  ذكر  أنثى

الاسم باللغة الإنجليزية : [ ]

المنطقة : [ ] الولاية : [ ] القرية/ الحارة : [ ]

الهاتف : [ ]  
نقال /  
منزل /

تاريخ الميلاد : [ / / ] مكان الميلاد : [ ] فصيلة الدم : [ ]

الحالة الاجتماعية :  دون سن الزواج  أعزب  متزوج

مطلق  أرمل  هجر

تابع : الملحق رقم ( ١ )

المستوى التعليمي :  لا يقرأ ولا يكتب  أساسي أول  أساسي ثاني

أساسي ثالث  دبلوم متوسط  جامعة

دراسات عليا

المهنة :  دون سن العمل  طالب  لا يعمل  يعمل

عاجز عن العمل  تقاعد  أخرى

جهة العمل :  حكومي  خاص  تطوعي

مقر العمل : .....

برامج التأهيل التي حصل عليها :  لم يحصل  حصل

نوعها  مدرسة تربية خاصة  جمعيات أهلية

تأهيل مهني  أخرى

مركز وفاء  تحدد

العضوية في الجمعيات الاجتماعية :  نعم  لا

اسم الجمعية :

الاسم : ..... التوقيع : .....

التاريخ : ..... / ..... / ٢٠٠٠م

تابع : الملحق رقم ( ١ )

ثانيا : للاستخدام الرسمى ( دائرة / مركز ..... )

بيانات الإعاقة : تاريخ بداية الإعاقة : .....

( يمكن اختيار أكثر من إعاقة واحدة )

١- إعاقة حركية :

شلل دماغى  شلل نصفى  شلل أطفال

بتر طرف  طرفين  شلل أطراف  أخرى تذكر.....

٢- إعاقة سمعية :  صمم كلى  صمم جزئى  صعوبة بالسمع والنطق

٣- إعاقة بصرية :  كف بصر  ضعف بصر شديد

٤- إعاقة عقلية :  بسيطة  متوسطة  شديدة

٥- صرع

٦- توحد

٧- متلازمة داون

٨- أخرى تذكر.....

الإعاقة الظاهرة : يمكن إثباتها بدون فحص طبي على أن يعتمد من قبل المدير المختص

نوع الإعاقة : .....

يعتمد المدير : .....

تابع : الملحق رقم ( ١ )

أسباب الإعاقة :  خلقية  اثناء الولادة  نتيجة مرض

وراثية  نتيجة حادث

أخرى تذكر

ثالثا : الأجهزة التعويضية :

- يستخدم أجهزة مساعدة :  نعم  لا

كرسى متحرك  كرسى كهربائى  سماعة أذن

نظارة طبية  عكاز  طرف صناعى

جهاز شلل

أجهزة تذكر

- مدى الاعتماد على النفس :  يعتمد كليا  يعتمد جزئيا  لا يعتمد

رابعا : التوصية :

يستحق بطاقة معاق  لا يستحق بطاقة معاق بسبب

الموظف المختص : .....

أنا المواطن .....

بتاريخ ..... صالحة لمدة خمس سنوات اعتبار من تاريخ الإصدار .

الإسم : ..... التوقيع : .....



الملحق رقم ( ٢ )

استمارة فحص طبي Medical Form

O.P.D.No : رقم ملف المستشفى :		Hospital : المستشفى :		
Date of birth : تاريخ الميلاد :		Name : الاسم :		
Phone : الهاتف :	Village : القرية :	Wilaya : الولاية :	Region : المنطقة :	العنوان : Address:
Blood Group : فصيلة الدم :				
Personal Status : الحالة الإجتماعية :		Sex / الجنس : Male <input type="checkbox"/> ذكر Female <input type="checkbox"/> أنثى		

1- Disability Featives الإعاقات الحركية

Date of Disability / تاريخ الإعاقة / .....

Polio  شلل أطفال  
Hemiplegia  شلل نصفي طولي  
Paraplegia  شلل نصفي سفلي  
C.P  شلل دماغي Type

CNS (Central Nerve System) Paralysis Existed at Level الجهاز العصبي وجود شلل على مستوى

Degree الدرجة			الطرف The limb
profound شديدة	Moderate متوسطة	Mild بسيطة	
			upper right الأيمن الأعلى
			upper left الأيسر الأعلى
			lower right الأيمن الأسفل
			lower left الأيسر الأسفل

Deformity sclerosis / scoliosis of the spine (Skeleton) : الهيكل العظمي وجود اعوجاج أو تشويه أو تصلب :

Left الأيسر	Right الأيمن	
		Shoulder الكتف
		forearm المرفق
		Hand اليد
		Hip الورك
		Knee الركبة
		Foot القدم

## تابع : الملحق رقم ( ٢ )

وجود بتر بالطرف العلوى عند الفخذ على مستوى ..... بالطرف السفلى على مستوى .....  
Amputation existed at thigh level ..... which in Below.....

القدرات الوظيفية Foundational Abilities

المشى ..... صعود درج ..... الأجهزة التعويضية المقترحة .....

Suggestive (Artificial parts)..... Climbing stairs .....

Hinted compensatory equipments .....

استقلاليه ذاتيه تامة  Full Independent  محدودة  Restricted  مفقودة  Nil

فى حاجة إلى مساعدة شخص آخر Need the help of other help  نعم  Yes  لا  No

اسم الطبيب ..... Doctor's name ..... التوقيع Signature ..... التاريخ Date .....

## 2- Visual Disability الإعاقة البصرية

تاريخ الإعاقة /...../ Date of Disability/.....

درجة الابصار المركزى..... Central visual Acuity.....

سبب الاصابه وإمكانية استرداد البصر ..... Reason of injury & possibility of vision gaining .....

## ملاحظات خاصة ، Special Remarks

درجات الإبصار ..... Visual Acuity .....

رؤية أصابع اليد عن بعد ..... Hand fingers visualizing from distance .....

رؤية حركة اليد عن بعد ..... Hand movement visualizing ..... Cm / سم .....

إدراك الضوء Light  جيد  Good  ضعيف  Weak  مفقود  Nil

اسم الطبيب ..... Doctor's name ..... التوقيع Signature ..... التاريخ Date .....

## 3- Hearing Lose Disability الإعاقة السمعية

تاريخ الإعاقة /...../ Date of Disability/.....

نوعها Type : صمم كامل  complete deaf  صمم جزئى  partial deaf

قياس السمع Measuring Hear

متوسط الفقدان للأذنين معا Both Ear	الأذن اليسرى Left Ear	الأذن اليمنى Right Ear	الفقدان Degree of hearing loss
			Hrtz500
			Hrtz500
			Hrtz2000

تابع : الملحق رقم ( ٢ )

Assessments تقييم

القدرة على النطق والكلام : .....

Ability for verbalize & talk .....

التطور المتوقع : .....

Expected Development ( Progress ) .....

Date ..... التاريخ Signature ..... التوقيع Doctor's name ..... اسم الطبيب

4- Mental Disability الإعاقة العقلية

Date of Disability/...../ تاريخ الإعاقة/

Diagnosis of Mental Disability تشخيص الإعاقة الذهنية

Severe /Profound عميقة / شديدة	Moderate متوسطة	Mild بسيطة	loss level فقدان
			Independent الاستقلالية الذاتية

Profound M.D عميقة / شديدة	Moderate Mental Disability إعاقة عقلية متوسطة	Mild Mental إعاقة عقلية بسيطة

5- Epileps الصرع

.....  
.....  
.....

6- Autism التوحد

.....  
.....  
.....

7- Down Syndrome متلازمة داون

.....  
.....  
.....

Other Disabled إعاقات أخرى

.....  
.....  
.....

Doctor's Name

Signature

Hospital Department

Stamp