

REGISTER OF CUSTOMERS WITH SPECIAL NEEDS: ASSESSMENT FORM



استمارة بيانات مشترك من ذوي الاحتياجات الخاصة

P.O. Box 1229, PC 131 Muscat, Airport Heights, Sultanate of Oman
Tel: 24588600, Fax: 24588666
Email: communication@distribution.nama.om

ص.ب: ١٢٢٩، ر.ب: ١٣١، مسقط، مرتفعات المطار، سلطنة عمان
الهاتف: ٢٤٥٨٨٦٠٠، الفاكس: ٢٤٥٨٨٦٦٦، البريد الإلكتروني: communication@distribution.nama.om

Date: _____ APP No: _____ رقم المعاملة: _____ التاريخ: _____

APPLICANT DETAILS

بيانات مقدم الطلب

Owner name _____ (اسم المشترك/مالك العقار)

Address: _____ (المستأجر/إن وجد)

Telephone Number: _____ الهاتف الثابت _____ الهاتف النقال

Age: _____ الهاتف الثابت _____ الهاتف النقال

Sex: Male Female نوع العقار سكني صناعي

ID/ Passport No: _____ البريد الإلكتروني

Customer Account Number- this is shown on your bill or statement. رقم حساب المشترك : هذا الرقم موضح في الفاتورة أو بيان الحساب.

Customer Meter Number- this is shown on your bill رقم عداد المشترك : هذا الرقم موضح في الفاتورة.

DETAILS OF YOUR SPECIAL NEEDS:

تفاصيل احتياجاتك الخاصة:

Do you have a registered medical condition relating to: هل لديك ظروف صحية مسجلة تتعلق بالآتي:

Hearing: Yes No لا نعم لا السمع:

Sight: Yes No لا نعم لا النظر:

Walking: Yes No لا نعم لا المشي:

Other: Yes No لا نعم لا غير ذلك:

Does your medical condition require you to keep electrically operated medical equipment in your home? هل تتطلب حالتك الصحية وجود أجهزة طبية تعمل بالكهرباء في منزلك؟

Yes No لا نعم لا

If yes, please specify: _____ إذا كانت الإجابة بنعم يرجى تحديدها:

Are you a recipient of benefit? هل أنت ممن يستلمون ضمان اجتماعي:

Yes No لا نعم لا

If yes please give details: _____ إذا كانت الإجابة بنعم يرجى إعطاء تفاصيل:

Number of household members over 60: _____ عدد أفراد أسرتك الذين تجاوزوا سن ٦٠ سنة:

Details of house members with special needs: _____ تفاصيل أفراد الأسرة من ذوي الاحتياجات الخاصة:

Do you have difficulty paying your electricity bill? Please explain. هل تجد صعوبة في سداد فاتورة الكهرباء؟ يرجى التوضيح:

Do you have a representative we could contact on your behalf? هل لديك شخص ينوب عنك يمكننا الاتصال به:

Yes No لا نعم لا

Name: _____ الإسم:

Telephone No: _____ رقم الهاتف:

Signature of Applicant: _____ Date _____ التاريخ _____ توقيع مقدم الطلب

P.O. Box 1229, PC 131 Muscat, Airport Heights, Sultanate of Oman
Tel: 24588600, Fax: 24588666
Email: communication@distribution.nama.om

ص.ب: ١٢٢٩، ر.ب: ١٣١، مسقط، مرتفعات المطار، سلطنة
عمان الهاتف: ٢٤٥٨٨٦٠٠، الفاكس: ٢٤٥٨٨٦٦٦ البريد
الإلكتروني: communication@distribution.nama.om

Date: _____ APP No: _____ رقم المعاملة: _____ التاريخ:

REGISTRATION OF PARTICIPANTS WITH SPECIAL
NEEDS PROCEDURES:

إجراءات تسجيل المشتركين
من ذوي الاحتياجات

- 1.The submission of the application with the required documents.
 2. Visit the premise to make sure the case is registered officially.
 3. It may require the correspondent concerned authorities such as the Ministries of Health and Social Development.
 4. Account will be included in company's profile to avoid power off and to restore the power in outage.
 5. Customer will receive a text message or a phone call.
- For more information, please see the booklet with special needs or call toll-free 1011

١. تقديم الطلب مع المستندات المطلوبة
 ٢. زيارة لعقار المشترك للتأكد من الحالة وتسجيلها بشكل رسمي.
 ٣. قد يتطلب الموضوع مراسلة جهات الاختصاص مثل وزارتي الصحة والتنمية الاجتماعية.
 ٤. يتم إدراج رقم الحساب المتعلق بالحالة في سجل الشركة لتفادي قطع التيار أو التعجيل في استعادته في حال الانقطاعات الطارئة.
 ٥. يتم التأكيد على المشترك من خلال رسالة نصية أو مكالمة هاتفية.
- لمزيد من المعلومات الرجاء الاطلاع على الكتيب الخاص بالمشاركين من ذوي الاحتياجات الخاصة أو الاتصال بالرقم المجاني ١٠١١

please sign and deliver it to the nearest company office

يرجى التوقيع على الاستمارة وتسليمها لأقرب فرع للشركة