



# سياسة تنظيم العلاقة مع المستفيدين وتقديم الخدمات

الجمعية الخيرية لمكافحة التدخين ( بهاء )



## مقدمة

تتمثل هذه السياسة بتعريف المستفيدين من الخدمات العامة للجمعية الخيرية لمكافحة التدخين (بهاء) ومعرفة جميع الإجراءات التي يتم تحديثها بشكل مستمر حسب الحاجة أو ما تقتضيه المصلحة العامة، بالإضافة للمستجدات التي تسعى الجمعية لتحقيقها تجاه خدمة المستفيدين والعمل على توفير السبل والأدوات المعينة التي تساعدهم في ذلك والسعي لتجويد الخدمات المقدمة وتعزيز ثقة المستفيدين من تلك الخدمات.

## النطاق

تحدد هذه السياسة المسؤوليات العامة على كافة المستفيدين من خدمات الجمعية، على الرقي بالمجتمع والحد من المشاكل الاجتماعية التي تعاني منها الأسرة المستفيدة، وتمنعهم من التطور والتقدم، وتوفير ما يلزمهم من الخدمات الاجتماعية الخاصة في مجالات التي تقدمها الجمعية، بالإضافة إلى عمليات التطور والتنمية المختلفة التي يقوم عليها دور الأخصائي الاجتماعي، بما يؤدي إلى تحقيق أكبر قدر ممكن من النتائج الإيجابية.

## البيان

### 1- الأنظمة واللوائح

تضمن تحديد الفئات التي تقدم لها وشروط الحصول عليها وآلية البحث والتحقق واتخاذ القرار بمنح المساعدات وأنواع هذه المساعدات ومقدار كل منها وفق المنهج العلمي المتبع وبما تقتضيه طبيعة هذا العمل من النزاهة والالتزام باللوائح والأنظمة من جهة، والسرية والمحافظة على بيانات المستفيدين وحمايتهم وحفظ كرامتهم من جهة أخرى.

### 2- المستفيدون من خدمات الجمعية

تقدم الخدمات لفئات المجتمع من سعوديين ومقيمين من الرجال والنساء ممن هم بعمر 18 سنة فأكثر.



### 3- الخدمات التي تقدمها الجمعية

1. الخدمات التوعوية : نشر الوعي والتثقيف بخطر التبغ بمختلف أنواعه لجميع فئات المجتمع.
2. الخدمات العلاجية : بمساعدة الراغبين في الإقلاع بشتى الوسائل منها تقديم العلاجات والاستشارات.

### 4- المستندات الخاصة المطلوب توفرها

الإثباتات الرسمية : (أخذ بيانات بطاقة الهوية الوطنية ، أو هوية المقيم)  
كما يراعى في ذلك توفير المستندات الإضافية لكل فئة من الفئات المستفيدة من خدمات الجمعية.

### جودة الخدمات المقدمة

تحقيق رضى وتوقعات المستفيدين والتحسين المستمر لكافة المنتجات والخدمات المقدمة لهم.

### واجبات المستفيد

الالتزام بتقديم كافة البيانات والمستندات والوثائق التي طلبت بالشكل الصحيح، ويتحمل المسؤولية القانونية وآثارها في حال ثبوت العكس.

### المسؤوليات

تطبق الجمعية هذه السياسة على الخدمات المقدمة لجميع المسجلين لديها والمستفيدين من تلك الخدمات ضمن نطاقها الجغرافي، وعلى إدارة الجمعية الاطلاع على الأنظمة المتعلقة بنوع الخدمات وتوعية المستفيدين بما عليهم من مسؤوليات وما لهم من واجبات من خلال إبلاغهم عبر قنوات التواصل المتاحة.

### الاعتماد

اعتمد مجلس إدارة الجمعية الخيرية لمكافحة التدخين بالأفلاج ( بهاء ) هذه السياسة في الاجتماع رقم: (1) للعام 2021م من دورته (الثانية) بتاريخ: 18/08/1442 هـ الموافق 2021/03/31م. وتحل هذه السياسة محل جميع سياسات تنظيم العلاقة مع المستفيدين الموضوعة سابقاً.



## \*نموذج: تحقق احتياج المستفيد للخدمات العلاجية



المركز الخيري لمكافحة التدخين  
الجمعية الخيرية لمكافحة التدخين في الأفلاج  
مسجلة بوزارة العمل والتنمية الاجتماعية برقم (705)  
تحت إشراف مركز التنمية الاجتماعية بالأفلاج

اليوم: .....  
التاريخ: ١٤٤ / / هـ  
الموافق: ٢٠٢ / / م  
الوقت: .....

### Smoking Cessation Clinic File

File No.:..... Day and Date:..... / /

**Personal Data:**  
National ID:..... Clinic: Riyadh(Baha- Aflaj) Gender: M  
First Name:..... Middle Name:..... Family Name:.....  
Age:..... Region: Riyadh Email:.....  
Marital Status:..... No. Of Children:..... Education:.....  
Monthly Income:..... Occupation:..... Mobile No.:.....  
How to know clinic?:.....

**Smoking Data:**  
Age of start smoking:..... Any smoker at home: Yes No  
Reasons of Beginning of Smoking:.....  
Tobacco Forms:..... How many times:..... Cost per month:.....

**Nicotine Dependence Score(Fagerstrom Test):**  
How soon after waking do you smoke first cigarette? within 5 minutes(3) 5-30 (2) 31-60 (1)  
Do you find it difficult to refrain smoking in places where it is forbidden? e.g. Library etc. Yes (1) No(0)  
Which cigarette would you hate to give up? The first in the morning (1) Any other (0)  
How many cigarette a day do you smoke? 10 Or less(0) 11-20 (1) 21-30(2) 31 or more(3)  
Do you smoke more frequently in morning? Yes (1) No(0)  
Do You smoke even if you are sick in bed most of the day? Yes (1) No (0)

Fagerstrom score:..... Fagerstrom result:.....

**Examination:** Height:..... Weight:..... BP SYS:..... BP DIS:..... CO:.....

**Past Medical History:**  
C.V.S H.T.N I.H.D Arrhythmias  
C.N.S Epilepsy Stroke Head Trauma  
Psychiatric Depression Schizophrenia Bipolar  
Dermatology Eczema Psoriasis Skin allergy  
Hypercholesterolemia D.M  
Respiratory B.A COPD  
G.I.T.S Peptic Ulcer GORD  
Reproductive Erectile dysfunction Menopause Infertility  
Malignancy  
Renal CKD Stones UTI  
Other :..... Current Medication:..... Allergy hx:..... Infectious diseases:.....

**Quitting Trials:**  
Previous Quit Attempts :..... No. of Attempts:..... Longest period:.....  
Most Recent Attempt:..... Method Used:.....  
Reasons of unwilling:.....  
Reasons of Quitting:.....

**Management:**  
Visit Date: / / Treatment:..... Recommendation:.....  
Follow up date: / / Notes:..... Physician Name:.....