



APPLICATION FORM FOR CONTRACTEE'S CHILDREN EDUCATIONAL ALLOWANCE

SCHOOL YEAR 14 /14 (19 /19)

CONTRACTEE'S NAME:

NATIONALITY: POSITION:

COLLEGE / DEPT.:

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS ABROAD (CITY-COUNTRY):

NAMES & AGES OF CHILDREN ENTITLED TO EDUCATIONAL ALLOWANCE

SER. NO.	NAME	SEX	AGE	BIRTH DATE D. M. Y.	SCHOOL NAME & ADDRESS	INSTRUCTION MEDIA	LEVEL OF STUDY	AMOUNT
1.								
2.								
3.								
4.								

TO
H.E. THE ADMINISTRATOR, COLLEGE OF

DEAR SIR,

KINDLY PROCESS THIS APPLICATION FOR PAYMENT OF MY ABOVE NAMED CHILDREN EDUCATIONAL ALLOWANCE. ENCLOSED PLEASE FIND OFFICIAL RECEIPTS OF THEIR EDUCATIONAL COSTS AND COPIES OF THEIR BIRTH CERTIFICATES.

I HEREBY DECLARE THAT THE FORESAID INFORMATION IS TRUE AND ON MY OWN RESPONSIBILITY.

NAME: SIGNATURE: DATE: / /

المحترم
سعادة مدير عام إدارة شئون هيئة التدريس والموظفين
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته. . . وبعد،
برجاء اتخاذ اللازم وفقاً لما هو موضح أعلاه وبرفقته الايصالات الدالة على ذلك.
وتقبلوا تحياتي. . . والسلام، ،،
التاريخ: / / ١٤ هـ مدير إدارة كلية
التوقيع:

- يوجه أصل الاستمارة والمرفقات إلى الإدارة العامة لشئون هيئة التدريس والموظفين (شعبة المتعاقدين).
- وصورة من الاستمارة مع صور المرفقات تحفظ لدى جهة عمله.