

(or by designated if the complainant is incapacitated)

(أو من ينوب عنه في حال كان المشتكى غير قادر على ذلك)

تفاصيل المتعامل

Gender: Male ☐ ذكر Female ☐ أنثى الجنس:

تفاصيل الشكوى

Contact Number..... رقم التواصل

Reason for complaint وذلك لسبب:

Please transfer fines to the previous sponsor

لذي يرجى تحويل الغرامات على الكفيل السابق

اقرار

I _____, hereby state that the facts above set forth are true and correct to the best of my knowledge, information and belief, and I expect to be able to prove the same at a hearing held in this matter.

أنا السيد / السيدة
أقر بأن المعلومات الواردة في هذه الشكوى صحيحة ودقيقة
بحسب علمي واعتقادي بأنني سأتمكن من إثبات ذلك في
جلسة الاستماع.

Signature:

التوقيع:

Date:

التاريخ:

Name of staff:

إسم الموظف:

Time taken to complete the application about 30 days

يستغرق إنجاز المعاملة 30 يوم عمل

For inquiries and suggestions please call the toll free number

800 555  اتصل على
JUST CALL

للاستفسارات والاقتراحات يرجى الاتصال بالرقم المجاني



Consent of Enrolling Employee in Health Insurance Scheme

Respected/Department of Health Abu Dhabi:

Please, be informed that I want to enroll my below employee in the health insurance scheme as per the below details:

	[Mr./Mrs./Miss/Ms.]
Employee Name:	
Employee Citizenship (Nationality):	
Employee Passport No:	
Desired Health Insurance Company Name:	

The above shall be considered as a consent from my side.

Regards,

Current Sponsor Details	
Sponsor Name:	
Date:	
Signature:	