**إصدار رخصة منشأة/فرع رعاية اجتماعية**

**Issue Social Care Facility/Branch License**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | **\*1) Service Type** | **\*1) نوع الخدمة** | | ☐ Issuing License for Social Care Facility Branch  If selected, please fill out table No. 2  ☐ Issuing Social Care Facility License  If selected, please fill out table No.3 | ☐ إصدار رخصة فرع منشأة رعاية اجتماعية  في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 2  ☐ إصدار رخصة منشأة رعاية اجتماعية  في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 3 | | **\*2) Facility/Branch Details** | **\*2) بيانات المنشأة/الفرع** | | Entity Name: | اسم الجهة: | | License Number: | رقم الرخصة (إن وجد): | | License Expiry Date: | تاريخ انتهاء الترخيص(إن وجد): | | Licensing Authority: | جهة الترخيص: | | Headquarter Address: | عنوان المقر الرئيسي(إن وجد): | | Branch Address: | عنوان الفرع: | | Phone Number: | رقم الهاتف: | | Email Address: | البريد الالكتروني: | | Building Type:  ☐ Villa  ☐ Apartment | نوع المبنى:  ☐ فيلا  ☐ شقة | | Property Ownership:  ☐ Privet Property  ☐ Rent  ☐ Grant | ملكية العقار:  ☐ ملك خاص  ☐ إيجار  ☐ هبة | | **\*3) Entity Details:** | **\* 3) بيانات المؤسسة:** | | Suggested Entity Name:  1.  2.  3. | الاسم المقترح للجهة:  1.  2.  3. | | Entity Classification:  ☐Government Entity  ☐Privet Sector  ☐Third Sector  ☐Others:…………………………………... | نوع الجهة:  ☐ جهة حكومية  ☐ قطاع خاص  ☐ قطاع ثالث  ☐ أخرى: ....................................... | | Licensing Authority “If Any”: | جهة الترخيص "إن وجد": | | Address: | العنوان: | | Phone Number: | رقم الهاتف: | | Email Address: | البريد الالكتروني: | | **Language Used in Education, Training, Rehabilitation and Consultation:**  ☐Arabic  ☐English  ☐ Other please specify............................... | **اللغة المستخدمة في التعليم والتدريب والتأهيل والاستشارات:**  ☐ اللغة العربية  ☐ اللغة الإنجليزية  ☐ أخرى يرجى التحديد: ....................... | | **Building Type:**  ☐ Villa  ☐ Apartment | **نوع المبنى:**  ☐ فيلا  ☐ شقة | | **Property Ownership:**  ☐ Privet Property  ☐ Rent  ☐ Grant | **ملكية العقار:**  ☐ ملك خاص  ☐ إيجار  ☐ هبة | | **بيانات المرافق:**  **Facilities Details:**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | # | اختيار  Select | اسم المرفق  Facility Name | العدد  Quantity | # | اختيار  Select | اسم المرفق  Facility Name | العدد  Quantity | | 1 | ☐ | غرف إدارية  Administrative Rooms |  | 8 | ☐ | قاعات  Halls |  | | 2 | ☐ | غرف علاجية  Treatment Rooms |  | 9 | ☐ | ساحات لعب داخلية  Indoor Playing Fields |  | | 3 | ☐ | دورات مياه  Bathrooms |  | 10 | ☐ | غرف أنشطة  Activity Rooms |  | | 3 | ☐  ☐ | مطبخ  Kitchen |  | 11 | ☐ | مواقف أصحاب همم  People of Determination Parking |  | | 4 |  | مواقف حافلات  Bus Parking |  | 12 | ☐ | غرف تعليمية  Education Rooms |  | | 5 | ☐ | مخازن  Stores |  | 13 | ☐ | صالات داخلية  Indoor Halls |  | | 6 | ☐ | ساحات لعب خارجية  Outdoor Playing Fields |  | 14 | ☐ | غرف تدريب  Training Rooms |  | | | | **\*4) Owners Details** | **\*4) تفاصيل الملاك:** | | **First Partner:** | **الشريك الأول:** | | Full Name: | الاسم الكامل: | | Date of Birth: | تاريخ الميلاد: | | Qualification:  Major: | المؤهل العلمي:  التخصص العلمي: | | Employer:  Job title:  Area of ​​practical experience: | جهة العمل:  المسمى الوظيفي:  مجال الخبرة العملية: | | Partnership Percentage: | نسبة الشراكة: | | Emirates Identification Number: | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: | | Phone Number: | رقم الهاتف المتحرك: | | Email Address: | البريد الإلكتروني: | | **Second Partner:** | **الشريك الثاني (إن وجد):** | | Full Name: | الاسم الكامل: | | Date of Birth: | تاريخ الميلاد: | | Qualification:  Major: | المؤهل العلمي:  التخصص العلمي: | | Employer:  Job title:  Area of ​​practical experience: | جهة العمل:  المسمى الوظيفي:  مجال الخبرة العملية: | | Partnership Percentage: | نسبة الشراكة: | | Emirates Identification Number: | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: | | Phone Number: | رقم الهاتف المتحرك: | | Email Address: | البريد الإلكتروني: | | **\*5) Director Details:** | **\*5) تفاصيل مدير المركز:** | | Full Name: | الاسم الكامل: | | Date of Birth: | تاريخ الميلاد: | | Qualification:  Major: | المؤهل العلمي:  التخصص العلمي: | | Employer:  Job title:  Area of ​​practical experience: | جهة العمل:  المسمى الوظيفي:  مجال الخبرة العملية: | | Emirates Identification Number: | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: | | Phone Number: | رقم الهاتف المتحرك: | | Email Address: | البريد الإلكتروني: | | **\*6) Representative’s Details** | **\*6)تفاصيل ممثل الجهة:** | | Full Name: | الاسم الكامل: | | Job Title: | المسمى الوظيفي: | | Emirates Identification Number: | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: | | Phone Number: | رقم الهاتف المتحرك: | | Email Address: | البريد الإلكتروني: | | **Entity Classification:** | **فئة المؤسسة:** | | ☐ Rehabilitation Center for People of Determination  (If selected, please fill out table No. 7  ☐ Family Counseling Center  (If selected, please fill out table No. 8 | ☐ مركز تأهيل أصحاب الهمم  في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 7  ☐ مركز استشارات أسرية  في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 8 | | **\*7) Rehabilitation Entities for People with Disabilities “People of Determination”:** | **\*7)مؤسسات تأهيل ذوي الإعاقة "أصحاب الهمم" :** | | **7.1 Administrative and Profession Staff** | **7.1 الكادر الإداري والفني** | | |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | متطلب رئيسي لجميع مؤسسات تأهيل ذوي الإعاقة "أصحاب الهمم"  Major Requirements for all Rehabilitation Entities for People with Disabilities “People of Determination” | | | | | | # | المسمى الوظيفي  Job Title | العدد  Quantity | المؤهلات العلمية  Educational Qualifications | الخبرة العملية  Work Experience | | 1 | مدير المؤسسة  Entity Director |  |  |  | | 2 | سكرتير المؤسسة  Entity Secretary |  |  |  | | 3 | معلم تربية خاصة  Special Education Teacher |  |  |  | | 4 | المشرف التربوي  Educational Supervisor |  |  |  | | 5 | مدرب مهني  Professional Coach |  |  |  | | 6 | مدرب مهارات حياتية  Life Skills Coach |  |  |  | | 7 | معلم أنشطة "فنية،رياضية،حاسب آلي"  Activities Teacher "Artistic, Sports, Computer" |  |  |  | | 8 | أخصائي اجتماعي  Social Worker |  |  |  | | 9 | أخصائي نفسي  Psychologist |  |  |  | | 10 | أخصائي تعديل سلوك/ معالج سلوكي  Behavior Modification Specialist/Behavioral Therapist |  |  |  | | 11 | أخصائي اضطرابات اللغة والكلام  Speech and Language Disorders Specialist |  |  |  | | 12 | مساعد أخصائي اضطرابات اللغة والكلام  Assistant Specialist in Speech and Language Disorders |  |  |  | | 13 | أخصائي علاج وظيفي  Occupational Therapist |  |  |  | | مؤسسة تقدم مجالات التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة "مؤسسة التدخل المبكر"  EntityProvides Areas of Intervention in Early Childhood “Early Intervention Foundation” | | | | | | # | المسمى الوظيفي  Job Title | العدد  Quantity | المؤهلات العلمية  Educational Qualifications | الخبرة العملية  Work Experience | | 1 | أخصائي تدخل مبكر  Early Intervention Specialist |  |  |  | | 2 | ممرض  Nurse |  |  |  | | 3 | ممرض مساعد  Assistant Nurse |  |  |  | | 4 | مدير حالة  Case Manager |  |  |  | | 6 | أخصائي علاج طبيعي  Physiotherapist |  |  |  | | 7 | مساعد أخصائي علاج طبيعي  Physical Therapist Assistant |  |  |  | | مؤسسة تقدم خدمة المهارات الحياتية لأصحاب الهمم  EntityProvides Life Skills Services to People of Determination | | | | | | # | المسمى الوظيفي  Job Title | العدد  Quantity | المؤهلات العلمية  Educational Qualifications | الخبرة العملية  Work Experience | | 1 | مدير حالة  Case Manager |  |  |  | | مؤسسة تقدم خدمات التربية الخاصة والخدمات العلاجية المساندة بنظام الدوام الكامل  EntityProvides Special Education and Supportive Therapeutic Services on a Full-Time Basis | | | | | | # | المسمى الوظيفي  Job Title | العدد  Quantity | المؤهلات العلمية  Educational Qualifications | الخبرة العملية  Work Experience | | 1 | نائب مدير المركز  Center Vice Director |  |  |  | | 2 | معلم مساعد تربية خاصة  Special Education Assistant Teacher |  |  |  | | 3 | ممرض  Nurse |  |  |  | | 4 | ممرض مساعد  Assistant Nurse |  |  |  | | 5 | مدير حالة  Case Manager |  |  |  | | 6 | أخصائي علاج طبيعي  Physiotherapist |  |  |  | | 7 | مساعد أخصائي علاج طبيعي  Physical Therapist Assistant |  |  |  | | | | **7.2 Working Hours:** | **7.2 ساعات العمل:** | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **#** | **الفئة**  **Category** | **بداية الوقت**  **Starting Time** | **نهاية الوقت**  **Ending Time** | | 1 | المستفيدين  Beneficiaries |  |  | | 2 | الدراسة  Education |  |  | | 3 | الكادر المهني  Profession Staff |  |  | | 4 | الكادر الإداري  Administrative Staff |  |  | | | | **7.3 Tests and Programs Used:** | **7.3 الاختبارات والبرامج المستخدمة:** | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **#** | **الاختبارات والمقاييس المقترح استخدامها**  **Tests and Measures Suggested to be Used** | **الهدف من تطبيق المقياس / الاختبار**  **Objective of Applying the Measure/Test** | | 1 |  |  | | 2 |  |  | | 3 |  |  | | **#** | **البرامج التربوية / العلاجية / التأهيلية التي سوف يتم استخدامها**  **Educational/Therapeutic/Rehabilitation Programs that will be used** | **أهداف / مجال البرنامج**  **Objectives/Area of ​​the Program** | | 1 |  |  | | 2 |  |  | | 3 |  |  | | | | **7.4 Services Provided by Rehabilitation Centers for People of Determination. “You can choose more than one”** | **7.4 الخدمات المقدمة من قبل مؤسسات تأهيل ذوي الإعاقة - أصحاب الهمم "يمكنك اختيار أكثر من خيار"** | | ☐**Entity Provides Special Education Services and Supportive Therapeutic Services on a full-Time System** | **☐ مؤسسة تقدم خدمات التربية الخاصة والخدمات العلاجية المساندة بنظام الدوام الكامل "الخدمة المتكاملة"** | | **Entity’s Capacity:** | **الطاقة الاستيعابية للمؤسسة:** | | **Entity Establishing Objectives:**  ☐ Providing Special Education Services and Supportive Therapeutic services  ☐ Establishing an Entityfor People of Determination in an Area Where There are no Special Education Entities  ☐ Establishing an Entityfor People of Determination in an Area that does not Provide Adequate Services  ☐ Investment in the Field of special Education Entities  ☐ Other please specify.................................................................................. | **أهداف انشاء المؤسسة:**  ☐ توفير خدمات التربية الخاصة والخدمات العلاجية المساندة  ☐ إنشاء مؤسسة لأصحاب الهمم في منطقة لا يتوفر بها مؤسسات التربية الخاصة  ☐ إنشاء مؤسسة لأصحاب الهمم في منطقة لا يتوفر بها خدمات كافية  ☐ الاستثمار في مجال مؤسسات التربية الخاصة  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **Entity’s Services:**  ☐ Special Education Services According to the Individual Educational Plan in the Classroom  ☐ Special Education Services According to the One-to-One Model  ☐ Supportive Therapeutic Services (Speech and Language Therapy - Occupational Therapy - Physical Therapy)  ☐ Other Please Specify................................................................................. | **خدمات المؤسسة:**  ☐ خدمات التربية الخاصة وفق الخطة التربوية الفردية في الفصول الدراسية  ☐ خدمات التربية الخاصة وفق نمط واحد لواحدOne to One  ☐ خدمات علاجية مساندة (علاج اللغة والكلام – علاج وظيفي – علاج طبيعي)  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **Evaluation and Eligibility Determination:**  ☐ Psychoeducational – Clinical Psychological Assessment  ☐ Determine the Current Level of Performance Based on the Curriculum  ☐ Evaluation of Supportive Therapeutic Services – Language, Speech, and Physical Occupational Therapy  ☐ Other Please Specify................................................................................. | **التقييم وتحديد الأهلية:**  ☐ تقييم نفسي تربوي – نفسي إكلينيكي  ☐ تحديد مستوى الأداء الحالي المستند إلى المنهج  ☐ تقييم الخدمات العلاجية المساندة – اللغة والكلام والعلاج الوظيفي الطبيعي  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **الفئة المستفيدة من الخدمات:**  **Category Benefiting from Services:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **#** | **نوع المستفيد**  **Beneficiary Type** | **اختيار**  **Select** | **الفئة العمرية**  **Age Group** | | 1 | الإعاقة الذهنية  Intellectual Disability | ☐ |  | | 2 | التوحد “إعاقة مصاحبة ذهنية"  Autism “Intellectual Disability” | ☐ |  | | 3 | الإعاقات المتعددة "إعاقات مصاحبة ذهنية"  Multiple Disabilities “Co-occurring Intellectual Disabilities” | ☐ |  | | 4 | أخرى يرجى التحديد .....................................  Other Please Specify................................. | ☐ |  | | | | **رسوم الخدمات:**  **Service Fees:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **#** | **الخدمة**  **Service** | **الرسوم**  **Fees** | **السياسة المتبعة في تحصيل الرسوم**  **Policy for Collecting Fees** | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  | | | | **☐ Entity Advances the field of Early Intervention in Early Childhood. The Early Intervention Foundation “Early Intervention”** | **☐ مؤسسة تقدم مجال التدخل المبكر في مرحلة الطفولة المبكرة مؤسسة التدخل المبكر "التدخل المبكر"** | | **Entity’s Capacity:** | **الطاقة الاستيعابية للمركز:** | | **Entity Establishing Objectives:**  ☐ Providing Early Intervention Services  ☐ Establishing an Early Intervention Entityin an Area Where there are no Early Intervention Entities  ☐ Investment in the Field of Early Childhood Intervention Entity  ☐ Other please specify.................................................................................. | **أهداف انشاء المركز:**  ☐ توفير خدمات التدخل المبكر  ☐ إنشاء مؤسسة تدخل مبكر في منطقة لا يتوفر بها مؤسسات تدخل مبكر  ☐ الاستثمار في مجال مؤسسات التدخل في مرحلة الطفولة المبكرة  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **Entity ‘s Services:**  ☐ Individual Family Services Provided Through IFSP (Therapeutic Services Include Family and Child Training Support)  ☐ Educational Classroom Services Provided Through an IEP (with Supportive Therapeutic Services)  ☐ Other Please Specify.................................................................................. | **خدمات المؤسسة:**  ☐ خدمات الأسرة الفردية المقدمة من خلال IFSP (تشمل الخدمات العلاجية المساندة التدريبية للأسرة والطفل)  ☐ خدمات الفصول التربوية المقدمة من خلال IEP (مع خدمات علاجية مساندة  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **#** | **نوع المستفيد**  **Beneficiary Type** | **اختيار**  **Select** | **الفئة العمرية**  **Age Group** | | 1 | الأطفال من ذوي الإعاقة المؤكدة  Children with Confirmed Disabilities | ☐ |  | | 2 | الأطفال ذوو التأخر النمائي  Children with Developmental Delay | ☐ |  | | 3 | الأطفال المعرضون لخطر حدوث إعاقة  Children at Risk of Developing a disability | ☐ |  | | 4 | أخرى يرجى التحديد .....................................  Other Please Specify................................. | ☐ |  |   **Category Benefiting from Services:**  **الفئة المستفيدة من الخدمة:** | | | **رسوم الخدمات:**  **Services Fees:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | # | **الخدمة**  **Service** | **الرسوم**  **Fees** | **السياسة المتبعة في تحصيل الرسوم**  **Policy for Collecting Fees** | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  | | خدمات المواصلات والزي  Transportation and Uniform Services | | | | | # | **الخدمة**  **Service** | **الرسوم**  **Fees** | **السياسة المتبعة في تحصيل الرسوم**  **Policy for Collecting Fees** | | 1 | المواصلات  Transportation |  |  | | 2 | الزي  Uniforms |  |  | | | | **☐ Entity Provides Life Skills Services for People with Disabilities “People of Determination”** | **☐ مؤسسة تقدم خدمة المهارات الحياتية للأشخاص من ذوي الإعاقة "أصحاب الهمم"** | | **Entity’s Capacity:** | **الطاقة الاستيعابية للمؤسسة:** | | **Entity Establishing Objectives:**  ☐ Providing Training Services in Daily Life Skills for People of Determination in Order to Achieve Independence  ☐ Establishing an Entityto Train People of Determination in Daily life Skills, which is not Available in this Type of Entity  ☐ Providing Training Services on Assistive Technology Devices and Tools  ☐ Investing in the Field of Entityfor People of Determination  ☐ Other please specify.................................................................................. | **أهداف انشاء المركز:**  ☐ توفير خدمات التدريب على مهارات الحياة اليومية لأصحاب الهمم من أجل تحقيق الاستقلالية  ☐ إنشاء مؤسسة لتدريب أصحاب الهمم على مهارات الحياة اليومية لا يتوفر بها هذا النوع من المؤسسات  ☐ توفير خدمات التدريب على أجهزة وأدوات التكنلوجيا المساندة Assistive Technology  ☐ الاستثمار في مجال مؤسسات أصحاب الهمم  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **Entity’s Services:**  ☐ Training Services in Daily Life Skills According to an Individual Training Plan  ☐ Training Services in Daily Life Skills According to a Specific Training Program  ☐ Augmentative and Alternative Communication (AAC) Services  ☐ Training Services on Assistive Technology Devices  ☐ Training and Follow-up Services for Daily Life Skills at Home  ☐ Other Please Specify.................................................................................. | **خدمات المؤسسة:**  ☐ خدمات التدريب على مهارات الحياة اليومية وفق خطة تدريب فردية  ☐ خدمات التدريب على مهارات الحياة اليومية وفق برنامج تدريبي محدد  ☐ خدمات التواصل البديل والمعزز Augmentative and Alternative Communication (AAC)  ☐ خدمات تدريب على أجهزة تكنولوجيا مساعدة Assistive Technology  ☐ خدمات التدريب والمتابعة لمهارات الحياة اليومية داخل المنزل  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **مهارات الحياة اليومية التي سيتم التدريب عليها:**  **Daily Life Skills that will be Trained:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | # | المهارة  Skill | جنس المتدرب  Trainee Gender | | 1 |  |  | | 2 |  |  | | 3 |  |  | | 4 |  |  | | | | **Location of service provision:**  ☐EntityBuilding  ☐ Home  ☐ Home and Entity | **مكان تقديم الخدمة:**  ☐ مبنى المؤسسة  ☐ المنزل  ☐ المنزل والمؤسسة | | **Determine Eligibility to benefit from the Entity’s Services: “Those with a People of Determination Card Issued by the Ministry of Community Development”**  ☐ Based on the Psychological, Educational and Medical Reports Prepared for the Person and the Recommendations Contained in these Reports  ☐ Based on the Comprehensive Evaluation that the Entitywill Conduct of the Case Upon Registration in the Center  ☐ Based on the Evaluation of Specialists in Supporting Technological Devices and Tools  ☐ Other Please Specify.................................................................................. | **تحديد الأهلية للاستفادة من خدمات المؤسسة: "الصادرة لهم بطاقة أصحاب الهمم من وزارة تنمية المجتمع"**  ☐ بناء على التقارير النفسية والتربوية والطبية المعدة للشخص والتوصيات الواردة بهذه التقارير  ☐ بناء على التقييم الشامل الذي سوف تجربه المؤسسة للحالة عن التسجيل في المركز  ☐ بناء على تقييم مختصي الأجهزة والأدوات التكنولوجية المساندة  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **Categories and Types of Evaluation:**  ☐ Scale  ☐ Determine Current Performance Level  ☐ Other Please Specify.................................................................................. | **فئات وأنواع التقييم:**  ☐ مقياس  ☐ تحديد مستوى الأداء الحالي  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **الفئة المستفيدة من الخدمة:**  **Category Benefiting from Services:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **#** | **نوع المستفيد**  **Beneficiary Type** | **اختيار**  **Select** | **الفئة العمرية**  **Age Group** | **جنس المتدرب**  **Trainee Gander** | | 1 | الإعاقة الذهنية  Intellectual Disability | ☐ |  |  | | 2 | الإعاقات المتعددة  Multiple Disabilities | ☐ |  |  | | 3 | إعاقة ذهنية/حركية  Mental/Motor Disability | ☐ |  |  | | 4 | إعاقة سمعية/ذهنية  Hearing/Mental Disability | ☐ |  |  | | 5 | إعاقة بصرية/ذهنية  Visual/Mental Disability | ☐ |  |  | | 6 | إعاقة سمعية/بصرية  Hearing/Visual Disability | ☐ |  |  | | 7 | إعاقة توحد/حركية  Autistic/Motor Disability | ☐ |  |  | | 8 | التوحد  Autism | ☐ |  |  | | 9 | إعاقة نفسية  Psychological Disability | ☐ |  |  | | 10 | إعاقة بصرية  Visual Disability | ☐ |  |  | | 11 | أخرى يرجى التحديد .....................................  Other Please Specify................................. | ☐ |  |  |   **Devices and Tools that will be Trained on:** | | | **الأجهزة والأدوات التي سيتم التدريب عليها:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **#** | **الجهاز/الأداة**  **Device/Tool** | **مجال استخدام الجهاز/الأداة**  **Device Usage Area/Tool** | | **1** |  |  | | **2** |  |  | | | | **Alternative Communication Training:**  ☐ Hand Signals  ☐ Communicate via PECS Photo Exchange  ☐ Makaton Signs  ☐ Augmentative and Alternative Communication (AAC)  ☐ Other please specify.................................................................................. | **التواصل البديل الذي يتم التدريب عليه:**  ☐ إشارات اليد  ☐ التواصل عبر تبادل الصور PECS  ☐ إشارات ماكنتون  ☐ التواصل المعزز والبديل AAC  ☐ أخرى يرجى التحديد ....................................................................... | | **رسوم الخدمات:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **#** | **الخدمة**  **Service** | **الرسوم**  **Fees** | **السياسة المتبعة في تحصيل الرسوم**  **Policy for collecting fees** | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  | | | | **☐ مؤسسة تقدم خدمات التربية الخاصة والخدمات العلاجية المساندة بنظام الجلسات الفردية "جلسات فردية"** | | | **Entity’s Capacity:** | **الطاقة الاستيعابية للمركز:** | | **Entity Establishing Objectives:**  ☐ Providing Special Education Services According to Supportive Therapeutic Training Programs  ☐ Establishing an Entityfor People of Determination in an Area where there are no Special Education Entities  ☐ Investing in the Field of Entities and Centers for People of Determination  ☐ Other please specify.................................................................................. | **أهداف انشاء المركز:**  ☐ توفير خدمات التربية الخاصة وفق برامج تدريبية علاجية مساندة  ☐ إنشاء مؤسسة لأصحاب الهمم في منطقة لا يتوفر بها مؤسسات التربية الخاصة  ☐ الاستثمار في مجال مؤسسات ومراكز أصحاب الهمم  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **خدمات المؤسسة:**  **Entity’s Services:**  **:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **#** | **الجلسة**  **Session** | **تحديد**  **Select** | **المدة الزمنية للجلسة**  **Session Time Duration** | | 1 | جلسات فردية في التربية الخاصة وفق الخطة التربوية الفردية  Individual Sessions in Special Education According to the Individual Educational Plan | ☐ |  | | 2 | جلسات فردية في العلاج الوظيفي  Individual Sessions in Occupational Therapy | ☐ |  | | 3 | برنامج تعديل سلوك  Behavior Modification Program | ☐ |  | | 4 | تقييم نفسي تربوي شامل "توضيح مدة التقييم ومراحله"  Comprehensive Psychological and Educational Evaluation “Clarifying the Duration and Stages of the Evaluation” | ☐ |  | | 5 | جلسات فردية في التربية الخاصة وفق برنامج تدريبي /تأهيل خاص  Individual Sessions in Special Education According to a Special Training/Rehabilitation Program | ☐ |  | | 6 | جلسات فردية في اضطرابات اللغة والكلام  Individual Sessions in Language and Speech Disorders | ☐ |  | | 7 | أخرى يرجى التحديد .....................................  Other Please Specify................................. | ☐ |  | | | | **الفئة المستفيدة من الخدمات:**  **Service Beneficiaries:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **#** | **نوع المستفيد**  **Beneficiary Type** | **اختيار**  **Select** | **الفئة العمرية**  **Age Group** | **جنس المتدرب**  **Trainee Gander** | | 1 | إعاقة ذهنية  Mental Disability | ☐ |  |  | | 2 | التوحد  Autism | ☐ |  |  | | 3 | اضطرابات سلوكية محددة مثل .....................  Specific Behavioral Disorders such as................. | ☐ |  |  | | 4 | الإعاقات المتعددة  Multiple Disabilities | ☐ |  |  | | 5 | إعاقة ذهنية/حركية  Mental /Motor Disability | ☐ |  |  | | 6 | إعاقة توحد/حركية  Autistic/Motor Disability | ☐ |  |  | | 7 | اضطرابات اللغة والكلام  Language and Speech Disorders | ☐ |  |  | | 8 | أخرى يرجى التحديد .....................................  Other Please Specify................................. | ☐ |  |  | | | | **Evaluation and Eligibility Determination:**  ☐Based on the psychological, educational and medical reports prepared for the child and the recommendations contained in these reports  ☐ Based on the psychological and educational evaluation that the entitywill carry out for the case upon registration in the center  ☐ Based on the sensory-motor evaluation “Occupational Therapy Evaluation”  ☐ Other Please Specify.................................................................................. | **التقييم وتحديد الأهلية:**  ☐ بناء على التقارير النفسية والتربوية والطبية المعدة للطفل والتوصيات الواردة بهذه التقارير  ☐ بناء على التقييم النفسي والتربوي الذي سوف تقوم به المؤسسة للحالة عن التسجيل في المركز  ☐ بناء على التقييم الحسي – الحركي “تقييم العلاج الوظيفي"  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **Categories and Types of Evaluation:**  ☐Psychoeducational – clinical psychological assessment  ☐ Determine the current level of performance based on the curriculum  ☐Linguistic and speech evaluation  ☐ Sensorimotor assessment “Occupational therapy”  ☐Behavioral assessment  ☐ Other Please Specify.................................................................................. | **فئات وأنواع التقييم:**  ☐ تقييم نفسي تربوي – نفسي إكلينيكي  ☐ تحديد مستوى الأداء الحالي المستند إلى المنهج  ☐ التقييم اللغوي والكلامي  ☐ تقييم حسي حركي "العلاج الوظيفي"  ☐ التقييم السلوكي  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **رسوم الخدمات:**  **Services Fees:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | # | **الخدمة**  **Service** | **الرسوم**  **Fees** | **السياسة المتبعة في تحصيل الرسوم**  **Policy for Collecting Fees** | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  | | خدمات المواصلات والزي  Transportation and Uniform Services | | | | | 1 | المواصلات  Transportation |  |  | | 2 | الزي  Uniforms |  |  | | | | **☐ مؤسسة تقدم خدمة التأهيل المهني للأشخاص من ذوي الإعاقة - أصحاب الهمم "مركز تربية خاصة وتأهيل مهني"** | | | **Entity’s Capacity:** | **الطاقة الاستيعابية للمركز:** | | **Entity Establishing Objectives:**  ☐Providing vocational rehabilitation services for people of determination who have not previously received vocational training  ☐Establishing a vocational rehabilitation entityfor people of determination in an area where there are no vocational rehabilitation entities  ☐Investing in the field of organizations for people of determination  ☐ Other please specify.................................................................................. | **أهداف انشاء المركز:**  ☐ توفير خدمات التأهيل المهني لأصحاب الهمم الذين لم يتلقوا التدريب المهني في السابق  ☐ إنشاء مؤسسة تأهيل مهني لأصحاب الهمم في منطقة لا يتوفر بها مؤسسات تأهيل مهني  ☐ الاستثمار في مجال مؤسسات أصحاب الهمم  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **Entity’s Services:**  ☐Vocational training and rehabilitation services according to an individual vocational rehabilitation plan  ☐EVocational training services according to a specific vocational qualification program  ☐Employment and employment services for people of determination  ☐ Other please specify.................................................................................. | **خدمات المؤسسة:**  ☐ خدمات التدريب والتأهيل المهني وفق خطة تأهيل مهني فردية  ☐ خدمات التدريب المهني وفق برنامج تأهيل مهني محدد  ☐ خدمات تشغيل وتوظيف لأصحاب الهمم  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **المهن والحرف التي سيتم التدريب عليها:**  **Professions and Crafts to be Trained in:**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | # | **المهنة/الحرفة**  **Profession/Craft** | **جنس المتدرب**  **Trainee Gander** | | 1 |  |  | | 2 |  |  | | 3 |  |  | | 4 |  |  | | | | الفئة المستفيدة من الخدمة:  **Service Beneficiaries:**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **#** | **نوع المستفيد**  **Beneficiary Type** | **اختيار**  **Select** | **الفئة العمرية**  **Age Group** | **جنس المتدرب**  **Trainee Gander** | | 1 | إعاقة ذهنية  Mental Disability | ☐ |  |  | | 2 | الإعاقات المتعددة  Multiple Disabilities | ☐ |  |  | | 3 | إعاقة ذهنية/حركية  Mental /Motor Disability | ☐ |  |  | | 4 | إعاقة سمعية/ذهنية  Auditory/Mental Disability | ☐ |  |  | | 5 | إعاقة سمعية/بصرية  Audio/Visual Disability | ☐ |  |  | | 6 | إعاقة توحد/حركية  Autistic/Motor Disability | ☐ |  |  | | 7 | التوحد  Autism | ☐ |  |  | | 8 | الإعاقة النفسية  Psychological Disability | ☐ |  |  | | 9 | الإعاقة البصرية  Visual Disability | ☐ |  |  | | 10 | الإعاقة السمعية  Hearing Disability | ☐ |  |  | | 11 | الإعاقة الجسدية  Physical disability | ☐ |  |  | | 12 | أخرى يرجى التحديد .....................................  Other Please Specify................................. | ☐ |  |  | | | | **Evaluation and Eligibility Determination:**  ☐Based on the psychological, educational and medical reports prepared for the child and the recommendations contained in these reports  ☐ Based on the psychological and educational evaluation that the entitywill carry out for the case upon registration in the center  ☐ Other Please Specify.................................................................................. | **التقييم وتحديد الأهلية: "الصادرة لهم بطاقة أصحاب الهمم من وزارة تنمية المجتمع"**  ☐ بناء على التقارير النفسية والتربوية والطبية المعدة للطفل والتوصيات الواردة بهذه التقارير  ☐ بناء على التقييم النفسي والتربوي الذي سوف تقوم به المؤسسة للحالة عن التسجيل في المركز  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **Categories and Types of Evaluation:**  ☐Professional tendencies scale  ☐ Determine the current performance level in each of the professions available for training  ☐Psychomotor evaluation  ☐ Other Please Specify.................................................................................. | **فئات وأنواع التقييم:**  ☐ مقياس الميول المهنية  ☐ تحديد مستوى الأداء الحالي في كل مهنة من المهن المتاحة للتدريب عليها  ☐ تقييم نفسي حركي  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **رسوم الخدمات:**  **Service Fees:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | # | **الخدمة**  **Service** | **الرسوم**  **Fees** | **السياسة المتبعة في تحصيل الرسوم**  **Policy for Collecting Fees** | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  | | خدمات أخرى  Other Services | | | | | # | **الخدمة**  **Service** | **الرسوم**  **Fees** | **السياسة المتبعة في تحصيل الرسوم**  **Policy for Collecting Fees** | | 1 | المواصلات  Transportation |  |  | | 2 | الزي  Uniforms |  |  | | 3 | أدوات وأجهزة ومواد خام يستخدمها المستفيد  Tools, Devices and Raw Materials Used by the Beneficiary |  |  | | 4 | أخرى ، يرجى التحديد..........................................  Other, please specify................................................. |  |  | | | | **\*8) Family Counseling Centers:** | **\*8) مراكز الاستشارات الأسرية:** | | **Services provided by family counseling centers:**  ☐Provide Social Counseling About Married Life and Family Problems  ☐ Developing Positive Thinking Skills and the Foundations of Selection and Decision-Making  ☐Family and Marriage Counseling  ☐Dealing with the Problems of Children, Adolescents and Children  ☐ Arrangement for those Wishing to get Married  ☐Organize Family Counseling Training Courses  ☐ Other Please Specify.................................................................................. | **الخدمات المقدمة من قبل مراكز الاستشارات الأسرية:**  ☐ تقديم الاستشارات الاجتماعية حول الحياة الزوجية والمشكلات الأسرية  ☐ تنمية مهارات التفكير الإيجابي وأسس الاختيار واتخاذ القرار  ☐ استشارات أسرية وزواجية  ☐ التعامل مع مشكلات الأطفال والمراهقين والأبناء  ☐ التوفيق بين الراغبين في الزواج  ☐ تنظيم دورات تدريبية في مجال الإرشاد الأسري  ☐أخرى ، يرجى التحديد.................................................................................... | | **8.1 Administrative and Professional Staff Details:** | **8.1 بيانات الكادر الفني والإداري:** | | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | # | الاسم  Name | المسمى الوظيفي  Job Title | رقم الهوية الإماراتية  Emirates ID Number | الجنسية  Nationality | المؤهل العلمي  Educational Qualification | سنوات الخبرة  Years of Experiences | | 1 |  |  |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  |  |  | | 6 |  |  |  |  |  |  | | | | **8.2 Service Fees:** | 8.2 رسوم الخدمات المقدمة: | | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | # | **الخدمة**  **Service** | **الرسوم**  **Fees** | **السياسة المتبعة في تحصيل الرسوم**  **Policy for Collecting Fees** | | 1 |  |  |  | | 2 |  |  |  | | 3 |  |  |  | | 4 |  |  |  | | | |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*9) Attachments:** | **\*9) المرفقات:** |
| Kindly Provide:   * **First Stage:**  1. A copy of the advertising decision (if the applicant is a public benefit institution) 2. A copy of the law/decree establishing (if the applicant is a government entity) 3. Valid Copy of The Emirates ID front and back of the partners, administrative and professional staff, and applicant representatives 4. Valid copy of the main page of passport for partners, administrative and professional staff, and applicant representatives 5. Copy of the academic qualifications and experience certificates of the partners, the entity director, and the staff 6. Certificate of good conduct and a certificate of no criminal status 7. Applicant curriculum vitae “only if applicant family consulting center 8. Social care facility license "in case of request to establish a branch"  * **Second Stage:**  1. Copy of the land map of the facility site 2. document showing the reservation of the trade name issued by the Department of Economic Development 3. Copy of the building plan showing the dimensions and sizes of rooms, halls, corridors, and sanitary facilities 4. Copy of the title deed in case the building is owned by the license applicant or a copy of the lease contract  * **Third Stage:**  1. Copy of the Department of Economic Development commercial trade license “for companies” 2. Certificate of fulfilment of the conditions and requirements of the Department of Municipalities and Transport 3. Certificate of fulfilment of civil defense conditions and requirements 4. Conformity certificate from the Monitoring and Control Centre 5. Insurance policy against liability for professional errors of the facility’s employees 6. Document that clarifies or proves the solvency and financial sustainability of the facility and provides an economic feasibility study showing the estimated budgets of the facility for a period of 3 years.   Remarks:   1. The license is valid for a period of one year from issuance date 2. The license renewal request shall be submitted within "30" days from the license expiry date 3. In case the license is not renewed for more than 90 days, the concerned authorities can cancel the license | **يرجى إرفاق:**   * **المرحلة الأولى:**    1. نسخة عن قرار الإشهار “في حال مقدم الطلب مؤسسات النفع العام"   2. نسخة عن قانون/مرسوم انشاء "في حال مقدم الطلب جهة حكومية"   3. نسخة سارية المفعول عن الهوية الإماراتية من الجهتين للشركاء والكادر الإداري والفني وممثل الجهة   4. نسخة سارية المفعول عن الصفحة الرئيسية من جواز السفر للشركاء والكادر الإداري والفني وممثل الجهة   5. نسخة عن المؤهلات العلمية وشهادات الخبرة للشركاء والكادر الإداري والفني   6. شهادة حسن سيرة وسلوك وشهادة خلو الحالة الجنائية   7. السيرة الذاتية لمقدم الطلب "فقط لمراكز الاستشارات الأسرية"   8. رخصة منشأة الرعاية الاجتماعية " في حال طلب انشاء فرع" * **المرحلة الثانية:**   1. نسخة عن خارطة الأرض لموقع المنشأة   2. مستند يوضح حجز الاسم التجاري صادر من دائرة التنمية الاقتصادية   3. نسخة عن مخطط البناء موضح به أبعاد ومقاسات الغرف والصالات والممرات والمرافق الصحية   4. نسخة عن سند الملكية أو عقد الإيجار * **المرحلة الثالثة:**   1. نسخة سارية المفعول عن الرخصة التجارية صادرة من دائرة التنمية الاقتصادية "للشركات"   2. شهادة استيفاء شروط ومتطلبات دائرة البلديات والنقل   3. شهادة استيفاء شروط ومتطلبات الدفاع المدني   4. شهادة المطابقة من مركز المتابعة والتحكم   5. وثيقة تأمين ضد المسؤولية عن الأخطاء المهنية للعاملين بالمنشأة   6. مستند يوضح أو يثبت الملاءة والاستدامة المالية للمنشأة وتقديم دراسة جدوى اقتصادية توضح الموازنات التقديرية للمنشأة لمدة 3 سنوات   **ملاحظات:**   1. تكون مدة الترخيص سنة واحدة. 2. يتم تقديم طلب التجديد خلال "30" يوم من تاريخ انتهاء الترخيص. 3. في حال عدم تجديد الترخيص لأكثر من 90 يوم يمكن للجهات المعنية إلغاء الترخيص. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Declaration and undertakings:**  The Applicant Entity Declare that:   1. Has read the regulation and legislation in this regard and committed to its terms and conditions. 2. The provided information is correct, and the Department of Community Development shall not be legally liable, however, the applicant entity shall be liable for any legal claims pertaining to the provided information.   **The Applicant Entity Undertake to:**   1. Obtaining the necessary approvals from the relevant authorities. 2. Adherence to all procedures, regulations and instructions of the Ministry of Community Development and the Department of Community Development. 3. Compliance with all relevant legislation in force in the country. 4. Do not transfer ownership of the entity, add a partner, change its location, or establish other branches without obtaining the necessary approvals. 5. Do not change the curricula or plans, make any change in the entity’sbuilding, or disrupt the study except after obtaining the necessary approvals. 6. Not receiving donations or financial or in-kind assistance from inside or outside the country except after obtaining the necessary approvals. 7. Do not publish any advertisements, launch advertising campaigns, publications, or create accounts on social media sites unless obtaining the necessary approvals. 8. Submit all information and data to the Department of Community Development and the Ministry of Community Development within the specified period. 9. Not to make any change to the fees for services, programs, curricula and rehabilitation plans provided by the institution without obtaining the necessary approvals. 10. The center’s employee undertakes to adhere to all professional ethics in dealing with all those enrolled and beneficiaries of the center and to protect and care for their interests without exploiting the work in order to obtain private benefits. 11. The license holder undertakes not to use the building for other purposes after the end of official work or during official holidays.   Name of Authorized Signatory:  Position:  Date:  Signature…………………………  Entity Stamp: (If available) | **إقرار وتعهد:**  **تقر الجهة مقدمة الطلب بالآتي:**   1. أنها قد اطلعت على القوانين والتشريعات السارية بهذا الشأن وأني ملتزم بجميع الشروط والأحكام الواردة فيه. 2. أن المعلومات المقدمة صحيحة، وأن دائرة تنمية المجتمع لن تتحمل أي مسؤولية وأن الجهة مقدمة الطلب ستتحمل مسؤولية أية المطالبات القانونية المتعلقة بالمعلومات المقدمة.   **تتعهد الجهة مقدمة الطلب بالآتي:**   1. استخراج الموافقات اللازمة من الجهات ذات الصلة. 2. الالتزام بكافة إجراءات وأنظمة وتعليمات وزارة تنمية المجتمع ودائرة تنمية المجتمع. 3. الالتزام بكافة التشريعات ذات الصلة المعمول بها في الدولة. 4. عدم نقل ملكية المؤسسة أو أضافة شريك فيها أو تغيير موقعها أو إنشاء فروع أخرى لها إلا بعد الحصول على الموافقات اللازمة. 5. عدم تغيير المناهج أو الخطط أو إحداث أي تغيير في مبنى المؤسسة أو تعطيل الدراسة إلا بعد الحصول على الموافقات اللازمة. 6. عدم تلقي الهبات أو المساعدات المالية أو العينية من داخل الدولة أو خارجها إلا بعد الحصول على الموافقات اللازمة. 7. عدم المباشرة بنشر أي إعلانات، أو إطلاق حملات إعلانية، أو منشورات، أو عمل حسابات على مواقع التواصل الاجتماعي إلا بعد الحصول على الموافقات اللازمة. 8. تقديم كافة المعلومات والبيانات لدائرة تنمية المجتمع ووزارة تنمية المجتمع خلال المدة المحددة. 9. عدم إجراء أي تغيير على رسوم الخدمات أو البرامج والمناهج والخطط التأهيلية التي تقدمها المؤسسة دون الحصول على الموافقات اللازمة. 10. يتعهد موظف المركز بالالتزام بجميع أخلاقيات المهنة في التعامل مع جميع الملتحقين والمستفيدين بالمركز وحماية ورعاية مصالحهم دون استغلال العمل من أجل الحصول على منافع خاصة. 11. يتعهد صاحب الترخيص بعدم استخدام المبنى لأغراض أخرى بعد الانتهاء من الدوام الرسمي أو أثناء الإجازات الرسمية.   اسم الشخص المخول بالتوقيع:  المسمى الوظيفي:  التاريخ:  التوقيع: ............................................................  ختم الجهة: (إن وجد) |

If you require any further information, please do not hesitate to contact us at [info@dcd.abudhabi.ae](mailto:info@dcd.abudhabi.ae) or visit us at our website <https://addcd.gov.ae/>

إذا كنت بحاجة إلى أي معلومات إضافية، يرجى التواصل معنا من خلال [info@dcd.abudhabi.ae](mailto:info@dcd.abudhabi.ae)

أو زيارتنا على موقعنا الإلكتروني <https://addcd.gov.ae>