**Issue Social Care Facility/Branch License إصدار رخصة منشأة/فرع رعاية اجتماعية**

|  |  |
| --- | --- |
| **Determine the Requested service and the type of facility** | **تحديد الخدمة المطلوبة و نوع المنشأة** |
| Requested Service: ☐ License for a Facility ☐ License for a Facility Branch  Facility Type: ☐ People with Disabilities “People of Determination” Facility.  ☐ Family Counseling Facility | نوع الطلب: ☐ إصدار رخصة منشأة ☐ إصدار رخصة فرع منشأة  نوع المنشأة: ☐ منشأة لتأهيل ذوي الأعاقة "أصحاب الهمم"  ☐ منشأة الإستشارات الأسرية |
| **License Applicant Data if Applicant is Individual** | **بيانات طالب الترخيص في حال مقدم الطلب فرد** |
| Name: | الاسم: |
| Emirates Identification Number:  Nationality: Date of Birth: | رقم الهوية الإماراتية:  الجنسية: تاريخ الميلاد: |
| Academic Qualification from One of the Recognized Universities in the Country:  🞎Bachelors 🞎Masters 🞎Doctorate 🞎Other……………………..  Major: | المؤهل العلمي من احدى الجامعات المعترف بها بالدولة :  🞎 بكالوريوس 🞎 ماجستير 🞎 دكتوراه 🞎أخرى......................  التخصص: |
| Phone Number:  Email Address: | رقم الهاتف المتحرك:  عنوان البريد الإلكتروني: |
| Partnership Percentage (if there is no partner, the percentage is 100%): | نسبة الشراكة (في حال عدم وجود شريك، تكون الحصة 100%): |
| **Data of the Applicant if the Applicant is a Legal person (company)** | **بيانات طالب الترخيص في حال كان مقدم الطلب شخص إعتباري (شركة)** |
| Name:  Company License Number: Partnership Percentage: | الاسم:  رقم رخصة الشركة: نسبة الشراكة: |
| Phone Number:  Email Address: | الهاتف المتحرك:  عنوان البريد الإلكتروني: |
| **Second Partner (If Any) Applicant Data - Individual/Company** | **بيانات الشريك الثاني (إن وجد) - فرد/شركة** |
| Name (Second partner): | الاسم(الشريك الثاني): |
| Emirates Identification Number:  Nationality: Date Of Birth:  Company License Number (if any): | رقم الهوية الإماراتية:  الجنسية: تاريخ الميلاد:  رقم رخصة الشركة(إن وجد): |
| Academic Qualification From one of the Recognized Universities in the Country:  🞎Bachelor's 🞎Master's 🞎Doctorate 🞎Other……………………... | المؤهل العلمي من احدى الجامعات المعترف بها بالدولة : 🞎 بكالوريوس 🞎 ماجستير 🞎 دكتوراه 🞎أخرى...................... |
| Partnership Percentage: Phone Number:  Email Address: | نسبة الشراكة: رقم الهاتف المتحرك:  عنوان البريد الإلكتروني: |
| **\*1) Facility Data (in Case of Requesting a Facility License)** | **\* 1) بيانات المنشأة "في حال طلب إصدار رخصة منشأة"** |
| Suggested Entity Name:  1.  2.  3. | الاسم المقترح للمنشأة:  3. |
| Entity Type: ☐Government Entity ☐Private Sector ☐Third Sector  ☐Others:…………………………………... | نوع الجهة: ☐ القطاع الحكومي ☐ القطاع الخاص ☐ القطاع الثالث  ☐ أخرى: ....................................... |
| Suggested Center Address: | عنوان المنشأة المقترح: |
| Building Type: ☐ Villa ☐ Apartment ☐ Building  Property Ownership: ☐ Privet Property ☐ Rent ☐ Grant | نوع المبنى: ☐ فيلا ☐ شقة ☐ مبنى  ملكية العقار: ☐ ملك خاص ☐ إيجار ☐ هبة |
| Facility’s Capacity: | الطاقة الاستيعابية للمنشأة: |
| Language Used:  ☐Arabic ☐English ☐ Other please specify............................... | اللغة المستخدمة:  ☐ اللغة العربية ☐ اللغة الإنجليزية ☐ أخرى يرجى التحديد: ....................... |
| **\*2) Facility Details “if Licensing for a Branch”** | **\*2) بيانات المنشأة "في حال إصدار رخصة فرع منشأة"** |
| Main Facility Name:  Current Licensing Authority: | اسم المنشأة الرئيسية:  جهة الترخيص الحالية: |
| License Number:  License Expiry Date: | رقم الرخصة :  تاريخ انتهاء الترخيص: |
| HQ Address:  Branch Address “to be licensed”: | عنوان المقر الرئيسي:  عنوان الفرع المراد ترخيصه: |
| Building Type: ☐ Villa ☐ Apartment ☐Building  Property Ownership: ☐ Privet Property ☐ Rent ☐ Grant | نوع المبنى: ☐ فيلا ☐ شقة ☐ مبنى  ملكية العقار: ☐ ملك خاص ☐ إيجار ☐ هبة |
| Facility Phone Number:  Email Address: | رقم الهاتف المركز:  عنوان البريد الالكتروني: |
| Main Services of a Rehabilitation Facility for People with Disabilities (People of Determination):  ☐Early Intervention Service ☐ Individual Rehabilitation Therapy Sessions Service  ☐Integrated Service ☐Vocational Rehabilitation Service  ☐Life Skills Service For People With Disabilities  **Sub-Services:** ☐Educational Psychological Evaluation Service | خدمات المنشأة "الرئيسية" في حال منشأة لتأهيل ذوي الأعاقة "أصحاب الهمم" :  ☐خدمة التدخل المبكر ☐خدمة الجلسات العلاجية التأهيلية الفردية  ☐الخدمة المتكاملة ☐خدمة التأهيل المهني  ☐ خدمة المهارات الحياتية للأشخاص من ذوي الإعاقة  الخدمات الفرعية: ☐خدمة التقيم النفسي التربوي |
| “Main” facility services in the case of a family counseling facility:  ☐ Helping families, women and children deal with social, educational and cultural problems and needs, how to assess them, and suggesting appropriate means to deal with them.  ☐ Providing social counseling and deepening the correct understanding of dealing with marital life and family problems.  ☐ Developing positive thinking skills and the foundations of choice and decision-making  ☐ Providing scientific advice to those about getting married, the foundations of choice and planning for a successful family life.  ☐ Organizing training courses in the field of family counseling  ☐ Matchmaking between those who want to get married | خدمات المنشأة "الرئيسية" في حال منشأة الإستشارات الأسرية :  ☐ مساعدة الأسرة و المرأة و الطفل على التعامل مع المشكلات و الحاجات الاجتماعية و التربوية و الثقافية وكيفية تقويمها، و اقتراح الوسائل المناسبة للتعامل معها  ☐ تقديم الاستشارات الاجتماعية، وتعمق الفهم السوي في التعامل مع الحياة الزوجية و المشكلات الأسرية  ☐ تنمية مهارات التفكير الإجابي و أسس الاختيار و اتخاذ القرار  ☐ تقديم المشورة العلمية للمقبلين على الزواج من حيث أسس الاختيار و التخطيط لحياة أسرية ناجحة  ☐ تنظيم دورات تدريبية في مجال الإرشاد الأسري  ☐ التوفيق بين الراغبين في الزواج |
| **\*3) Director of Facility Details** | **\*3) بيانات مدير المنشأة** |
| Name: Date of Birth:  Emirates Identification Number: | الاسم: تاريخ الميلاد:  رقم بطاقة الهوية الإماراتية: |
| Qualification: Major:  University name: | المؤهل العلمي: التخصص العلمي:  اسم الجامعة: |
| Employer: Job Title:  Area Of ​​ Experience: | جهة العمل: المسمى الوظيفي:  مجال الخبرة: |
| Phone Number:  Email Address: | رقم الهاتف المتحرك:  عنوان البريد الإلكتروني: |
| **\*4) Representative’ Details** | **\*4) بيانات ممثل المنشأة** |
| Name:  Emirates Identification Number: | الاسم:  رقم الهوية الإماراتية: |
| Phone Number:  Email Address: | الهاتف المتحرك:  عنوان البريد الإلكتروني: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **أولاً: خدمات منشئآت الإستشارات الأسرية، هذا القسم مخصص لمنشئآت الاستشارات الأسرية فقط**  **First: Family Counseling Facilities Services: This section is dedicated to family counseling facilities only.** | | | **\*6) Family Counseling Centers Services** | **\*6) خدمات مراكز الاستشارات الأسرية** | | Services Provided By Family Counseling Centers:  ☐ Helping families, women and children deal with social, educational and cultural problems and needs, how to assess them, and suggesting appropriate means to deal with them.  ☐ Providing social counseling and deepening the correct understanding of dealing with marital life and family problems.  ☐ Developing positive thinking skills and the foundations of choice and decision-making  ☐ Providing scientific advice to those about to get married in terms of the foundations of choice and planning for a successful family life.  ☐ Organizing training courses in the field of family counseling  ☐ Matchmaking between those who want to get married “This service cannot be combined with any other service”. | الخدمات المقدمة من قبل مراكز الاستشارات الأسرية:  ☐ مساعدة الأسرة و المرأة و الطفل على التعامل مع المشكلات و الحاجات الاجتماعية و التربوية و الثقافية وكيفية تقويمها، و اقتراح الوسائل المناسبة للتعامل معها  ☐ تقديم الاستشارات الاجتماعية، وتعمق الفهم السوي في التعامل مع الحياة الزوجية و المشكلات الأسرية  ☐ تنمية مهارات التفكير الإجابي و أسس الاختيار و اتخاذ القرار  ☐ تقديم المشورة العلمية للمقبلين على الزواج من حيث أسس الاختيار و التخطيط لحياة أسرية ناجحة  ☐ تنظيم دورات تدريبية في مجال الإرشاد الأسري  ☐ التوفيق بين الراغبين في الزواج "لا يمكن جمع هذه الخدمة مع خدمة أخرى" |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **النشاط التجاري**  **Commercial Activity**  **لايسمح بجمع النشاطين في مركز واحد**  **It is not Allowed to Combine the Two Activities in One Center** | | | **الخدمات المقدمة من المركز**  **Services provided by the facility** | | | | | | | | 🞎 خدمات مكاتب الزواج  Services of Marriage Bureaux | 🞎 الإستشارات الاجتماعية والأسرية  Social and Family Counseling | | 1- | | 2- | | 3- | | 4- | | الرسوم:  Fees: | | الرسوم:  Fees: | | الرسوم:  Fees: | | الرسوم:  Fees: | | **الكادر الإداري و الفني**  **Administrative And Profession Staff** | | | | | | | | | | | \*🞎مديرDirector - | | \*🞎إداري - Administrative  العدد: Quantity: | | 🞎\* مستشار أسري - Family Counselor  العدد: Quantity: | | 🞎الأخصائي الاجتماعي - Social Worker  العدد: Quantity: | | 🞎اخرى - other  العدد: Quantity: | |   **ثانياً: خدمات منشئآت تأهيل ذوي الإعاقة "أصحاب الهمم"، هذا القسم مخصص لمنشئآت تأهيل ذوي الأعاقة "أصحاب الهمم" فقط**  **Second: Services of rehabilitation facilities for people with disabilities “people of determination. This section is for People with Disabilities “People of Determination” Facilities only**  **🞎خدمة التدخل المبكر - Early Intervention Service**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **الفئة العمرية**  **Age Group** | **النشاط التجاري**  **Commercial Activity** | | **الخدمات العلاجية المساندة المطلوبة**  **Required Supportive Therapeutic Services** | | | | | منذ الولادة حتى 6 سنوات  From Birth To 6 Years | خدمات تربوية وتأهيلية مبكرة  Early Educational And Rehabilitation Services | | 🞎\*تعديل السلوك- Behavior Modification | | | 🞎\*العلاج الوظيفي - Occupational Therapy | | 🞎\* تأهيل اضطرابات اللغة والكلام  Speech And Language Disorders Rehabilitation | | | 🞎\*التربية الخاصة - Special Education | | 🞎علاج طبيعي - Physical Therapy | | | 🞎التقييم النفسي - Psychological Assessment | | **رسو م الخدمة بالدرهم الإماراتي**  **Service Fees (AED)** |  | | | | | | | **التقييم النفسي التربوي Psychoeducational Assessment** | الرسوم للجلسة الواحدة: Per-session Fee: | | | | | | | **الكادر الإداري و الفني**  **Administrative And Profession Staff** | | | | | | | | \*🞎مديرDirector - | | 🞎نائب مدير Deputy Director - | | 🞎السكرتارية - Secretariat | 🞎إداري - Administrative  العدد: Quantity: | | | 🞎أخصائي تعديل سلوك  Behavior Modification Specialist  العدد: Quantity: | | 🞎\*أخصائي نفسي - Psychologist  العدد: Quantity: | | 🞎أخصائي علاج طبيعي  Physical Therapist  العدد: Quantity: | 🞎\*أخصائي تأهيل اضطرابات اللغة والكلام  Speech And Language Disorders Rehabilitation Specialist  العدد: Quantity: | | | 🞎معلم تربية خاصة  Special Education Teacher  العدد: Quantity: | | 🞎مساعد معلم تربية خاصة  Special Education Teacher Assistant  العدد: Quantity: | | 🞎\*أخصائي تدخل مبكر  Early Intervention Specialist  العدد: Quantity: | 🞎\*ممرض أو (عقد تمريض)  Nurse Or (Nursing Contract)  العدد: Quantity: | | | 🞎\*أخصائي علاج وظيفي  Occupational Therapist  العدد: Quantity: | | 🞎مساعد أخصائي اضطرابات اللغة والكلام  Speech-Language Pathologist Assistant  العدد: Quantity: | | 🞎مدير حالةCase Manager -  العدد : Quantity: | 🞎الأخصائي الاجتماعي - Social Worker  العدد: Quantity: | |   **🞎 خدمة الجلسات العلاجية التأهيلية الفردية** **Individual Rehabilitation Therapy Sessions Service -**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **الفئة العمرية**  **Age Group** | **النشاط التجاري**  **Commercial Activity** | **اختيار خدمة أو أكثر / وتحديد الرسوم بالدرهم**  **Select One Or More Services / And Specify The Fees In Dirhams** | | | | | | | للأفراد حتى سن 18 سنة  For Individuals Up To 18 Years | مراكز الخدمات العلاجية التأهيلية والتقييم النفسي  Rehabilitation And Psychological Assessment Treatment Services Centers | 🞎تعديل السلوك  Behavior Modification | 🞎العلاج الوظيفي Occupational Therapy | | 🞎التربية الخاصة  Special Education | 🞎تأهيل اضطرابات اللغة والكلام  Speech & Language Disorders Rehabilitation | 🞎التقييم النفسي التريوي  Psychoeducational Assessment | | Fees: الرسوم: | Fees: الرسوم: | | Fees: الرسوم: | Fees: الرسوم: | Fees: الرسوم: | | **خدمات مصاحبة لخدمة الجلسات العلاجية التأهيلية الفردية**  **Services Accompanying Individual rehabilitation Therapy Sessions** | | | | | | | 🞎تقييم جلسة تعديل السلوك - Behavior Modification Session Evaluation | 🞎تقييم جلسة العلاج الوظيفي Occupational - Therapy Session Evaluation | | 🞎تقييم جلسة التربية الخاصة - Special Education Session Evaluation | 🞎تقييم جلسة اضطرابات اللغة والكلام  Speech And Language Disorders Session Evaluation | | | الرسوم: Fees: | الرسوم:  Fees: | | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | | | **الكادر الكادر الإداري و الفني - ( في حال اختيار أي من الخدمات سيكون اختيار الكادر إلزامي لكل خدمة)**  **Administrative And Profession Staff - If You Choose Any Of The Services, Choosing The required Staffing Will Be Mandatory For Each Service** | | | | | | | | | \*🞎مدير – Director | | 🞎السكرتارية - Secretariat  العدد: Quantity: | 🞎إداري - Administrative  العدد: Quantity: | | | 🞎أخصائي تعديل سلوك - Behavior Modification Specialist  العدد: Quantity: | | | 🞎معلم تربية خاصة - Special Education Teacher  العدد: Quantity: | | 🞎أخصائي تأهيل اضطرابات اللغة والكلام  - Speech And Language Disorders Rehabilitation Specialist  العدد: Quantity: | | 🞎أخصائي نفسي - Psychologist  العدد: Quantity: | | 🞎أخصائي علاج وظيفي - Occupational Therapist  العدد: Quantity: | |   **Integrated Service الخدمة المتكاملة - 🞎**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **الفئة العمرية**  **Age Group** | **النشاط التجاري**  **Commercial Activity** | **فئات الاعاقة / تحديد الرسوم بالدرهم**  **Disability Categories / Fees Determined In Dirhams** | | | | من عمر 4 حتى 18 سنة  From 4 To 18 Years Old | خدمات التربية الخاصة (الخدمة المتكاملة )  Special Education Services (Integrated Service) | 🞎الاعاقة الذهنية - Mental Disability | 🞎التوحد - Autism | **🞎** الإعاقة المتعددة - Multiple Disabilities | | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | | **التقييم النفسي التريوي**  **Psychoeducational Assessment** | رسوم الخدمة لكل جلسة(ان وجدت): Service Fees Per-Session (If Any): | | عدد الجلسات : Number Of Sessions: | | | **الكادر الإداري و الفني**  **Administrative And Profession Staff** | | | | | | \*🞎مدير – Director | 🞎نائب مدير - Deputy Director | 🞎اداري - Administrative  العدد: Quantity: | 🞎السكرتارية - Secretariat  العدد: Quantity: | | | 🞎\*معلم تربية خاصة - Special Education Teacher  العدد: Quantity: | 🞎\*أخصائي نفسي - Psychologist  العدد: Quantity: | 🞎أخصائي علاج طبيعي - Physical Therapist  العدد: Quantity: | 🞎\*أخصائي علاج وظيفي - Occupational Therapist  العدد: Quantity: | | | أخصائي تعديل سلوك - Behavior Modification Specialist  العدد: Quantity: | 🞎مساعد معلم تربية خاصة - Special Education Teacher Assistant  العدد: Quantity: | 🞎\*ممرض أو (عقد تمريض)  Nurse Or (Nursing Contract)  العدد: Quantity: | 🞎\*أخصائي تأهيل اضطرابات اللغة والكلام  Speech And Language Disorders Rehabilitation Specialist  العدد: Quantity: | | | 🞎المشرف التربوي - Educational Supervisor  العدد: Quantity: | 🞎مدير حالة - Case Manager  العدد: Quantity: | 🞎الأخصائي الاجتماعي - Social Worker  العدد: Quantity: | 🞎مساعد أخصائي اضطرابات اللغة والكلام - Speech-Language Pathologist Assistant  العدد: Quantity: | |   **Vocational Rehabilitation Service خدمة التأهيل المهني - 🞎**   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **الفئة العمرية**  **Age Group** | **النشاط التجاري**  **Commercial Activity** | | **فئات الاعاقة / تحديد الرسوم بالدرهم**  **Disability Categories / Fees Determined In Dirhams** | | | | | | من 16 حتى 35 سنة  From 16 To 35 Years Old | خدمات التأهيل المهني لأصحاب الهمم  Vocational Rehabilitation Services For People With Disabilities | | 🞎الاعاقة الذهنية  Mental Disability | | 🞎التوحد Autism | **🞎** الإعاقة المتعددة  Multiple Disabilities | | | الرسوم: Fees: | | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | | | **التقييم النفسي التربوي**  **Psychoeducational Assessment** | رسوم الخدمة لكل جلسة(ان وجدت): Service Fees Per-Session (If Applicable): | | | عدد الجلسات: Number Of Sessions: | | | | | **ادراج المهن والحرف**  **Include Professions And Crafts** | \*1- | 2- | | 3- | | | 4- | | **جنس المتدرب**  **Trainee Gender** | 🞎ذكر Male 🞎أنثى Female | | | | | | | | **الكادر الإداري و الفني**  **Administrative And Profession Staff** | | | | | | | | | \*🞎مدير – Director | 🞎نائب مدير - Deputy Director | | 🞎السكرتارية - Secretariat  العدد: Quantity: | | 🞎إداري - Administrative  العدد: Quantity: | | | | 🞎\*معلم تربية خاصة - Special Education Teacher  العدد: Quantity: | 🞎أخصائي نفسي - Psychologist  العدد: Quantity: | | 🞎\* مدرب مهني - Career Coach  العدد: Quantity: | | 🞎أخصائي علاج وظيفي - Occupational Therapist  العدد: Quantity: | | | | 🞎مدير حالة - Case Manager  العدد: Quantity: | 🞎مساعد معلم تربية خاصة  Special Education Teacher Assistant  العدد: Quantity: | | 🞎\*ممرض أو (عقد تمريض) Nurse Or (Nursing Contract)  العدد: Quantity: | | 🞎أخصائي تأهيل اضطرابات اللغة والكلام  Speech And Language Disorders Rehabilitation Specialist  العدد: Quantity: | | | | 🞎المشرف التربوي - Educational Supervisor  العدد: Quantity: | **🞎**مساعد مدرب مهني - Professional Assistant Coach  العدد: Quantity: | | 🞎الأخصائي الاجتماعي - Social Worker  العدد: Quantity: | | 🞎مساعد أخصائي اضطرابات اللغة والكلام - Speech-Language Pathologist Assistant  العدد: Quantity: | | |   **🞎خدمة المهارات الحياتية - Life Skills Service**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **الفئة العمرية**  **Age Group** | **النشاط التجاري**  **Commercial Activity** | **فئات الاعاقة / الرسوم بالدرهم**  **Disability Categories / Fees Determined In Dirhams** | | | | لمن تجاوز 18 سنة فما فوق  For Those Over 18 Years Of Age And Above | مهارات الحياة اليومية لأصحاب الهمم  Daily Life Skills For People With Disabilities | 🞎الاعاقة الذهنية - Mental Disability | 🞎التوحد - Autism | 🞎 الإعاقة المتعددة - Multiple Disabilities | | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | | **التقييم النفسي التريوي Psychoeducational Assessment** | رسوم الخدمة ان وجدت : Service Fees (If Applicable): | | عدد الجلسات : Number Of Sessions: | | | **المهارات المطلوبة**  **Needed Skills** | \*1- | 2- | 3-: | | | **الكادر الإداري و الفني**  **Administrative And Profession Staff** | | | | | | \*🞎مدير– Director | 🞎نائب مدير – Deputy Director | 🞎السكرتارية - Secretariat  العدد: Quantity: | 🞎إداري - Administrative  العدد: Quantity: | | | 🞎\*معلم تربية خاصة  Special Education Teacher  العدد: Quantity: | 🞎\*أخصائي نفسي - Psychologist  العدد: Quantity: | 🞎\* مدرب المهارات الحياتية  Life Skills Coach  العدد: Quantity: | 🞎\*أخصائي علاج وظيفي - Occupational Therapist  العدد: Quantity: | | | 🞎مدير حالة - Case Manager  العدد : Quantity: | 🞎مساعد معلم تربية خاصة  Special Education Teacher Assistant  العدد: Quantity: | 🞎\*ممرض أو (عقد تمريض)  Nurse Or (Nursing Contract)  العدد: Quantity: | 🞎\*أخصائي تأهيل اضطرابات اللغة والكلام  Speech And Language Disorders Rehabilitation Specialist  العدد: Quantity: | | | 🞎المشرف التربوي  Educational Supervisor  العدد: Quantity: | 🞎 اخصائي تعديل سلوك  Behavior Modification Specialist  العدد: Quantity: | 🞎الأخصائي الاجتماعي  Social Worker  العدد: Quantity: | 🞎مساعد أخصائي اضطرابات اللغة والكلام  Speech-Language Pathologist Assistant  العدد: Quantity: | |   **🞎الخدمات الأخرى المقدمة من المنشأة - Other services provided by the facility**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **خدمة المواصلات**  **Transportation Fess** | | **الاستشارة و الدعم الأسري**  **Family counseling and support** | **الزي**  **Uniform** | **أدوات وأجهزة**  **Tools and equipment** | **رسوم التسجيل**  **Registration Fees** | **في حال وجود خدمات أخرى يرجى ذكرها ورسومها**  **If there is other services, please mention them and their fees** | | **داخل إمارة أبوظبي**  **Inside Abu Dhabi** | **خارج إمارة أبوظبي**  **Outside of Abu Dhabi** | | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | الرسوم:  Fees: | الخدمة:  Service:  الرسوم:  Fees: |   يرجى العلم بأن خدمة المواصلات لا يسمح بتقديمها للمستفيدين من **خدمة الجلسات العلاجية التأهيلية الفردية**  Please be Reminded that Transportation Services are not Allowed for Beneficiaries of I**ndividual Rehabilitation Therapy Sessions Services**   |  |  | | --- | --- | | **\*7) Tests and Programs Used (Name and the print)** | **\*7) الاختبارات و المقاييس و البرامج المراد إستخادمها (إدراج الاسم و الطبعة)** | | **الهدف من تطبيق الاختبار**  **Objective of Applying the Measure/Test** | **الاختبارات المقترح استخدامها**  **Tests and Measures Suggested to be Used** | |  |  | |  |  | | **الهدف من تطبيق المقايس**  **Objective of Applying the Measure** | **المقاييس المقترح استخدامها**  **Tests and Measures Suggested to be Used** | |  |  | |  |  | | **أهداف / مجال البرنامج**  **Objectives/Area of the Program** | **البرامج التربوية / العلاجية / التأهيلية التي سوف يتم استخدامها**  **Educational/Therapeutic/Rehabilitation Programs that will be used** | |  |  | |  |  | |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*8) Attachments:** | **\*8) 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. 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 للمؤهلات العلمية وشهادات الخبرة للشركاء والكادر الإداري والفني   6. شهادة حسن سيرة سلوك (شهادة خلو الحالة الجنائية)   7. رخصة منشأة الرعاية الاجتماعية " في حال طلب إصدار رخصة فرع منشأة" * **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 السلامة الوقائية الدفاع المدني   4. شهادة المطابقة من مركز المتابعة والتحكم   5. 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 الأسرة 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 و وزارة الأسرة 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>