

Insert Council Logo

## **رعاية الآخرين**

**إستمارة القبول**

استمارة القبول الخاصة ب \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

سيتم استعمال المعلومات المستخلصة من هذا الاستقصاء بغرض:

* معرفة مدى رضا الناس عن خدمات الرعاية والدعم الموجهة لهم.
* تقييم تجارب الناس فيما يتعلق بخدمات الرعاية المحلية.

أفهم بأنه:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | نعم | لا |
| بإمكاني تغيير رأي وسحب موافقتي متى أردت ذلك. |  |  |  |
| اذا قررت أن لا أشارك فلن يؤثر ذلك على نوع الرعاية التي أتلقاها حاليا، أو الخدمات التي يتلقاها حاليا الشخص الذي أرعاه. |  |  |  |
| كل المعلومات التي يتم جمعها ستحفظ بسرية الا في حال ذكرت بأن صحتي وسلامتي عرضة للخطر أو بأنني أواجه مشكلا خطيرا متعلقا بأحد جوانب الرعاية التي أتلقاها. |  |  |  |
| لن يتم استخدام اسمي أبدا في على الأوراق الخاصة بالدراسة. |  |  |  |
| سأطلب بأن يتم اطلاعي على مايتم كتابته على الاستمارة أو أن يقرأ علي وذلك قبل أن يتم استخدامه. |  |  |  |
| اذا شعر الشخص الذي يقوم بالمقابلة بقلق على صحتي وسلامتي، فسيقوم بمناقشة ذلك معي قبل اجراء المقابلة. |  |  |  |
| [REMOVE THIS SECTION IF NOT INTENDING TO RECORD THE INTERVIEW]  سوف يتم تسجيل المقابلة الشخصية. |  |  |  |
| أؤكد أنني مُنحت المعلومات الواردة في نص المقابلة وفهمتها (5202/40/60 v1)  أوافق على المشاركة في هذا الاستقصاء |  |  |  |

امضاء \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ تاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اذا قام أحد ما بالامضاء نيابة عن الشخص الذي يجيب على أسئلة الاستقصاء، يرجى ذكر التفاصيل المتعلقة به أسفله:

الاسم \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

علاقته بالشخص المذكور في الاستقصاء \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

للاستفسار بخصوص الاستقصاء:

[Contact name, email address, postal address and phone number]