

Insert Council Logo

## **خدمات الرعاية الاجتماعية والدعم الخاصة بك**

**نموذج موافقة**

نموذج موافقة على\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

سوف تُستخدم المعلومات المأخوذة من هذا الاستقصاء في:

* معرفة مدى سعادة الأشخاص عن خدمات الرعاية والدعم المقدمة إليهم.
* تقييم تجارب الأشخاص فيما يتعلق بخدمات الرعاية المحلية.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| أدرك وأتفهم ما يلي: | **نعم** | **لا** |
| يمكنني تغيير رأيي وسحب موافقتي في أي وقت. |  |  |
| إذا قررت عدم المشاركة، فإن هذا لن يؤثر على أية رعاية أحصل عليها حاليًا. |  |  |
| سوف يتم الحفاظ على سرية كافة المعلومات التي يتم الحصول عليها، ما لم أذكر ما يدل على أن صحتي أو سلامتي في خطر أو أنني أعاني من مشكلة خطيرة فيما يتعلق بأي جانبٍ من جوانب الرعاية الخاصة بي. |  |  |  |
| لن يتم استخدام اسمي مطلقًا في أي شيء يتم تحريره كتابةً بشأن هذه الدراسة. |  |  |
| يمكنني أن أطلب الاطلاع على أو أن يُقرأ لي ما هو مسجل في نموذج الاستبيان قبل استخدامه. |  |  |
| إذا ما شعر مُجري المقابلة الشخصية بأي قلق على حياتي وسلامتي، فإنه سوف يناقش معي هذا الأمر قبل المضي قُدمًا في إجراء المقابلة الشخصية. |  |  |
| [REMOVE THIS SECTION IF NOT INTENDING TO RECORD THE INTERVIEW]  سوف يتم تسجيل المقابلة الشخصية. |  |  |
| أؤكد أنني مُنحت المعلومات الواردة في نص المقابلة وفهمتها |  |  |
| أوافق على المشاركة في هذا الاستقصاء. |  |  |

التوقيع \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

في حالة توقيع أحد الأشخاص نيابةً عن الشخص الذي يجيب عن هذا الاستقصاء، يُرجى إدخال بياناته أدناه:

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

العلاقة بالشخص المذكور في النموذج \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

اسم المحاور الذي يأخذ الموافقة:

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

**بيانات الاتصال الخاصة بالاستبيان:**

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