**إصدار الموافقة على تعيين أو تعديل الكادر الإداري والمهني والمستفيدين لمنشأة الرعاية الاجتماعية**

**Issue Approval to Appoint/Amend the Administrative and Professional Staff for Social Care Facility**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | **\*1) institute Details:** | **\* 1) بيانات المؤسسة:** | | Entity Name: | اسم الجهة: | | License Number: | رقم الرخصة: | | License Expiry Date: | تاريخ انتهاء الترخيص: | | Licensing Authority: | جهة الترخيص: | | Address: | العنوان: | | Phone Number: | رقم الهاتف: | | Email Address: | البريد الالكتروني: | | Activity Type:  ☐ Amendment to the Administrative and Professional staff  (If selected, please fill out table No. 3  ☐ Dismissal of a Beneficiary  (If selected, please fill out table No. 4  Details:  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. | نوع التعديل المطلوب:  ☐ التعديل على الكادر الإداري والفني  في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 3  ☐ فصل أحد المستفيدين  في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 4  يرجى ذكر التفاصيل:  ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | **\*2) Representative’s Details** | **\*2)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: | | **3) Staff Modification:** | **3)التعديل على الكادر الوظيفي:** | | **Services Proposed to be Provided by the Institution:**  ☐Request to Appoint an Employee  ☐Request to Terminate an Employee’s Services  ☐Request to renew an employee contract  ☐Request to Change Job Title  ☐Request to Change Sponsor  ☐Other please specify…………………………………………………………………….. | **نوع التعديل المطلوب:**  ☐ طلب تعيين موظف  ☐ طلب انهاء خدمات موظف  ☐ طلب تجديد عقد موظف  ☐ طلب تغيير مسمى وظيفي  ☐ طلب تغيير كفيل الموظف  ☐ أخرى يرجى التحديد ............................................................................................ | | **Employee Details:** | **بيانات الموظف:** | | **Name:** | الاسم: | | **Nationality:** | الجنسية: | | **Emirates ID Number:** | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: | | Job Title: | المسمى الوظيفي: | | **Sponsor Name:** | اسم الكفيل: | | **If Request to Appoint:** | **في حال طلب التعيين:** | | **Qualification:** | المؤهل العلمي: | | **Major:** | التخصص العلمي: | | **Years of Experience:** | عدد سنوات الخبرة العملية: | | **Candidate Job Description:**  .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | مهام المرشح للوظيفة "الوصف الوظيفي":  .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | **If Request to Terminate Service:** | **في حال طلب انهاء الخدمة:** | | Termination Reasons:  .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | أسباب انهاء الخدمة:  .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | **If request to Cahnge Title:** | **في حال طلب تغيير مسمى:** | | **Required Job Title:** | المسمى الوظيفي المطلوب: | | **Candidate Job Description:**  .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | مهام المرشح للوظيفة "الوصف الوظيفي":  .......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | **If Request to Change Sponsor:** | **في حال طلب تغيير كفيل:** | | **New Sponsor Name:** | اسم الكفيل الجديد: | | **New Sponsor Nationality:** | جنسية الكفيل الجديد: | | **Emirates ID Number:** | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: | | **4) Dismissal of the Beneficiary:** | **4) فصل أحد المستفيدين من خدمات المنشأة:** | | **Name:** | الاسم: | | **Nationality:** | الجنسية: | | **Emirates ID Number:** | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: | | **Beneficiary Dismissal Justification:**  **...................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................** | أسباب فصل المستفيد:  ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... | | | | |  |
|  | | | |  |
|  | | | |  |
| **\*5) Attachments:** | **\*5) المرفقات:** |
| **Kindly Provide:**   1. Valid copy of the Emirates ID from both sides of the candidate for the job "in case of appointing a new employee" 2. Valid copy of the main page of the candidate's passport "in case of hiring a new employee" 3. Copy of the candidate's academic qualifications "in case of appointing a new employee" 4. Copy of the equivalency report of the academic certificate from the Ministry of Education in case it is issued from outside the country for the candidate for the job "in case of appointing a new employee" 5. Official letter from the sponsor stating the approval "in case the sponsor is not established" 6. Copy of the approval of the Ministry of Community Development to appoint the employee "in case of termination of the service of a current employee" 7. Copy of the cancellation of the appointment from the Ministry of Human Resources and Emiratization "in case the employee is not on the job" 8. Copy of the list of employees or beneficiaries of the establishment after updating 9. Disclaimer undertaking form issued by the establishment "in case of termination of the service of a current employee" 10. Financial clearance signed by the legal guardian of the beneficiary "in case the beneficiary is dismissed from the service" | **يرجى إرفاق:**   1. نسخة سارية المفعول عن الهوية الإماراتية من الجهتين للمرشح للوظيفة " في حال تعيين موظف جديد" 2. نسخة سارية المفعول عن الصفحة الرئيسية من جواز السفر للمرشح للوظيفة " في حال تعيين موظف جديد" 3. نسخة عن المؤهلات العلمية للمرشح للوظيفة ف " في حال تعيين موظف جديد" 4. نسخة عن تقرير معادلة الشهادة العلمية من وزارة التربية والتعليم في حال صدورها من خارج الدولة للمرشح للوظيفة " في حال تعيين موظف جديد" 5. رسالة رسمية من الكفيل موضحاً بها الموافقة "في حال كان الكفيل غير المنشأة" 6. نسخة عن موافقة وزارة تنمية المجتمع على تعيين الموظف "في حال انهاء خدمة موظف حالي" 7. نسخة عن إلغاء التعيين من وزارة الموارد البشرية والتوطين "في حال لم يكن الموظف على رأس عمله" 8. نسخة عن كشف العاملين أو المستفيدين للمنشأة بعد التحديث 9. نموذج تعهد إخلاء مسؤولية صادر من المنشأة "في حال انهاء خدمة موظف حالي" 10. براءة ذمه مالية موقعه من الوصي القانوني للمستفيد "في حال فصل المستفيد من الخدمة" |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. The center’s employee undertakes to adhere to all professional ethics in dealing with all those enrolled and beneficiaries of the centre and to protect and care for their interests without exploiting the work in order to obtain private benefits. 5. The license holder undertakes not to use the building for other purposes after the end of official work or during official holidays. 6. The license holder undertakes to refund any amounts of money due to the beneficiaries, if any, in the event that the beneficiaries are dismissed from the service.   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. 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. 5. يتعهد صاحب الترخيص بعدم استخدام المبنى لأغراض أخرى بعد الانتهاء من الدوام الرسمي أو أثناء الإجازات الرسمية. 6. يتعهد صاحب الترخيص بإرجاع أي مبالغ مالية مستحقة للمستفيدين إن وجدت وذلك في حال فصل المستفيدين من الخدمة.   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>