**إصدار شهادة عدم ممانعة من إيقاف الخدمات**

**Issue No Objection Certificate to Stop the Services**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| **\*1) Institution 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:  |
| Entity Type:☐ Rehabilitation Center for People of Determination☐ Family Counseling Center | نوع الجهة:☐ مركز تأهيل أصحاب الهمم ☐ مركز استشارات أسرية |
| **\*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: |
| **\*2) Request Detail:**  | **\*2)** **تفاصيل الطلب**: |
| **Suspension Type:**☐ TemporarySuspension Duration:☐ Permanent Suspension Date: | **نوع الإيقاف:** ☐ إيقاف مؤقت تاريخ بداية ونهاية الإيقاف:☐ إيقاف دائمتاريخ بداية إيقاف الخدمة:  |
| **Name of the service to be stopped:**.............................................................................................................................................................................................................................................................................. | **اسم الخدمة المراد إيقافها:**.............................................................................................................................................................................................................................................................................................................. |
| **Reasons of Stopping the Service:**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | **أسباب إيقاف الخدمة:** ............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |
| **Alternative Plan:**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ | **الخطة البديلة:**............................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

 |  |
|  |  |
|  |  |
| **\*7) Attachments:** | **\*7) المرفقات:** |
| **Kindly Provide:** 1. Curriculum plan or treatment plan (as the case may be)
2. Proof of refund of fees to parents and beneficiaries (depending on the circumstances)
 | **يرجى إرفاق:** 1. الخطة المحدثة للمنهج الدراسي أو الخطة العلاجية (حسب الأحوال)
2. ما يثبت استرجاع الرسوم لأولياء الأمور والمستفيدين (حسب الأحوال)
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **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.

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.

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 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

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