**طلب إصدار رسالة لمن يهمه الأمر**

**Request to Issue to Whom it May Concern Letter**

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

|  |  |
| --- | --- |
| **\*1) Entity Details:** | **\* 1) بيانات المؤسسة:** |
| Entity Name:   | اسم الجهة:   |
| License Number:   | رقم الرخصة:   |
| License Expiry Date:  | تاريخ انتهاء الترخيص:  |
| Licensing Authority:  | جهة الترخيص:   |
| Phone Number:   | رقم الهاتف:  |
| Email Address:  | البريد الالكتروني:  |
| Application Type:☐ To Whom It May Concern Certificate - Employees “Experience Certificate”(If selected, please fill out table No. 2☐ Certificate to Whom it May Concern – Beneficiaries(If selected, please fill out table No. 3 | نوع الطلب: ☐ شهادة لمن يهمه الأمر – العاملين "شهادة خبرة" في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 2☐ شهادة لمن يهمه الأمر – المستفيدين في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 3  |
| **\*2) To Whom It May Concern Certificate - Employees “Experience:** | **\*2)** **شهادة لمن يهمه الأمر – العاملين "شهادة خبرة":** |
| Full Name:  | الاسم الكامل:  |
| Emirates Identification Number: | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: |
| Date of Birth: | الجنسية: |
| Job Title: | المسمى الوظيفي: |
| Qualification:Major: | المؤهل العلمي:التخصص العلمي: |
| He is still working:☐ Yes☐ No | لايزال على رأس عمله:☐ نعم ☐ لا |
| Appointment start date “according to the approval issued for appointment”: | تاريخ بداية التعيين "حسب الموافقة الصادرة للتعيين": |
| Appointment End Date “Last Day of Work at the Center”: | تاريخ نهاية التعيين "آخر يوم عمل بالمركز": |
| Phone Number: | رقم الهاتف المتحرك: |
| Email Address:  | البريد الإلكتروني:  |
| Name of the Entity to be Addressed (one party only): | اسم الجهة المراد مخاطبتها "جهة واحدة فقط": |
| **\*3) Certificate to Whom it May Concern – Beneficiaries:**  | **\*3) شهادة لمن يهمه الأمر – المستفيدين:** |
| Student/Beneficiary Name:  | اسم الطالب/المستفيد:  |
| Emirates Identification Number: | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: |
| Type of Disability: | نوع الإعاقة: |
| Name of the Entity to be Addressed (one party only): | اسم الجهة المراد مخاطبتها "جهة واحدة فقط": |
| Services Type:☐ Early Intervention Service☐ Integrated Service☐ Individual Rehabilitation Therapy Sessions Service:☐ Occupational Therapy☐ Speech and Language Disorders☐ Special Education☐ Behavior Modification☐ Vocational Rehabilitation Service☐ Life Skills Service☐ Psycho-Educational Evaluation Service☐ Transportation Service☐ Uniform Service | نوع الخدمة المقدمة:☐ خدمة التدخل المبكر  ☐ الخدمة المتكاملة     ☐ خدمة الجلسات العلاجية التأهيلية الفردية : ☐ العلاج الوظيفي  ☐ اضطرابات لغة وكلام  ☐ التربية الخاصة ☐ تعديل السلوك ☐ خدمة التأهيل المهني   ☐ خدمة المهارات الحياتية ☐ خدمة التقييم النفسي التربوي ☐ خدمة المواصلات☐ خدمة الزي المدرسي   |
| Service Fees “AED”:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………* **The fee for each service should be mentioned separately**
* **If you choose the individual rehabilitation therapy sessions service, the cost of one session must be mentioned**
 | رسوم الخدمات "بالدرهم الإماراتي":.........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................* **يتم ذكر الرسم الخاص بكل خدمة بشكل منفصل**
* **في حال اختيار خدمة الجلسات العلاجية التأهيلية الفردية ،يجب ذكر تكلفة الجلسة الواحدة**
 |
| Provided Services Duration for Beneficiary:From Date:To Date:**\*Note: If you choose to serve individual rehabilitation therapy sessions, the service period should not exceed 3 months and a maximum of 6 months if there is a completion of a previous training program** | مدة الخدمة المقدمة للمستفيد: من تاريخ:إلى تاريخ :**\*ملاحظة: في حال اختيار خدمة الجلسات العلاجية التأهيلية الفردية، يجب ألا تتجاوز مدة الخدمة عن 3 أشهر وبحد أقصى 6 أشهر في حال هناك استكمال لبرنامج تدريبي سابق** |
| People of Determination card number “if there”: | رقم بطاقة أصحاب الهمم" إن وجد": |
|  | بيانات ولي الأمر: |
| Phone Number: | الاسم: |
| Emirates Identification Number: | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: |
| Email Address: ☐ Father☐ Mother☐ Other, Please Specify……………………………………………… | صلة القرابة: ☐ أب ☐ أم☐ أخرى ، يرجى التحديد .................................................... |

 |  |
|  |  |
|  |  |
| **\*4) Attachments:** | **\*4) المرفقات:** |
| **Kindly Provide:** * **If the request to issue whom it may concern certificate - employees “experience:**
1. Copy of the Ministry of Community Development’s approval to appoint the employee
2. Applicant valid Copy of the Emirates ID front and back
3. Applicant valid copy of the main page of passport
4. Copy of the academic qualification (equivalent, if any)
5. Copy of the cancellation of the appointment from the Ministry of Human Resources and Emiratization “if the employee is not currently working
* **If the request to issue certificate to whom it may concern – beneficiaries:**
1. Copy of the facility’s statements, including the name of the beneficiary
2. Beneficiary valid copy of the Emirates ID front and back
3. Beneficiary’s parent copy of the Emirates ID front and back
4. If the beneficiary is enrolled in the special education service, please attach the People of Determination card
 | **يرجى إرفاق:** * **في حال طلب شهادة لمن يهمه الأمر – العاملين "شهادة خبرة:**
1. نسخة عن موافقة وزارة تنمية المجتمع على تعيين الموظف
2. نسخة سارية المفعول عن الهوية الإماراتية من الجهتين لمقدم الطلب
3. نسخة سارية المفعول عن الصفحة الرئيسية من جواز السفر لمقدم الطلب
4. نسخة عن المؤهل العلمي "المعادلة إن جدت"
5. نسخة عن إلغاء التعيين من وزارة الموارد البشرية والتوطين "في حال لم يكن الموظف على رأس عمله"
* **في حال طلب شهادة لمن يهمه الأمر – المستفيدين:**
1. نسخة سارية المفعول عن الهوية الإماراتية من الجهتين للمستفيد
2. نسخة سارية المفعول عن الهوية الإماراتية من الجهتين لولي الأمر المستفيد
3. نسخة عن كشوفات المنشأة على أن يتضمن اسم المستفيد ضمنها
4. في حال كان المستفيد ملتحق في خدمة التربية الخاصة يرجى إرفاق بطاقة أصحاب الهمم
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. Submit all information and data to the Department of Community Development and the Ministry of Community Development within the specified period.
5. 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.

Accreditation of related personsName: Adjective: (Parent of beneficiary / worker in an establishment) Date Signature.............................................................**Entity approval:**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. تقديم كافة المعلومات والبيانات لدائرة تنمية المجتمع ووزارة تنمية المجتمع خلال المدة المحددة.
5. 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.

**اعتماد الأشخاص ذات الصلة:**الاسمالصفة: (ولي امر مستفيد/ عامل في منشأة)التاريخ التوقيع.............................................................**اعتماد الجهة:**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>