**طلب تعديل رخصة منشأة رعاية اجتماعية**

**Request Amend Social Care Facility License**

|  |  |
| --- | --- |
| التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*1) Institute Details:** | **\* 1) بيانات المؤسسة:** |
| Entity Name:  | اسم الجهة : |
| License Number: | رقم الرخصة: |
| Entity Classification:☐ Rehabilitation Center for People of Determination☐ Family counseling center | تصنيف المنشأة:☐ مركز تأهيل أصحاب الهمم ☐ مركز استشارات أسرية |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*2) Required service details:** | **\*2) تفاصيل الخدمة المطلوبة:** |
| Modification Required:[ ]  Amending Facility Data(If selected, please fill out table No. 3)[ ]  Amending Partners (If selected, please fill out table No. 4)[ ]  Amending Curriculum(If selected, please fill out table No. 5)[ ]  Service Amendment and Fees Related (If selected, please fill out table No. 6) | التعديل المطلوب:[ ]  التعديل على بيانات المنشأة  (في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 3)[ ]  التعديل على الشركاء (في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 4)[ ]  التعديل على منهج دراسي (في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 5)[ ]  التعديل على الخدمات ورسومها(في حال الاختيار يرجى تعبئة الجدول رقم 6) |
| **Modification Reasons:** ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… | أسباب التعديل على الترخيص: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |
| --- | --- |
| **3) Amending Facility Data** | **3) التعديل على بيانات المنشأة:** |
| **3.1 Amending Facility Name** | **3.1 التعديل على اسم المنشأة:** |
| **Suggested Name:** | اسم المنشأة المقترح: |
| **3.2 Amending Facility Contact Details:** | **3.2 تعديل بيانات التواصل للمنشأة:** |
| Phone Number: | رقم الهاتف: |
| Email: | البريد الإلكتروني: |
| **3.2 Amending Representative Details:** | **3.2 تعديل بيانات ممثل الجهة:** |
| Full Name:   | الاسم الكامل:   |
| Job Title:   | المسمى الوظيفي:  |
| Emirates Identification Number:  | رقم بطاقة الهوية الإماراتية:  |
| Phone Number:  | رقم الهاتف المتحرك:  |
| Email: | البريد الإلكتروني: |
| **4) Amending Partner:** | **4) التعديل على الشركاء:** |
| **Required Amendment:**[ ]  Add a Partner[ ]  Withdraw a Partner  | **التعديل المطلوب:**[ ]  إضافة شريك [ ]  انسحاب شريك  |
| **4.1 Add Partner**  | **4.1 إضافة شريك:** |
| Full Name:  | الاسم الكامل:  |
| Date of Birth: | تاريخ الميلاد: |
| Qualification:Major: | المؤهل العلمي:التخصص العلمي: |
| Employer:Job title:Area of ​​practical experience: | جهة العمل:المسمى الوظيفي:مجال الخبرة العملية: |
| Partnership Percentage: | نسبة الشراكة: |
| Emirates Identification Number: | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: |
| Phone Number: | رقم الهاتف المتحرك: |
| Email Address:  | البريد الإلكتروني:  |
| Reasons Adding Partner: ……………………………………………………………………………………………………………………. | سبب إضافة الشريك: ..................................................................................................... |
| 4.2 Partner Withdrawal  | 4.2 انسحاب شريك  |
| Full Name:  | الاسم الكامل:  |
| Date of Birth: | تاريخ الميلاد: |
| Partnership Percentage: | نسبة الشراكة: |
| Emirates Identification Number: | رقم بطاقة الهوية الإماراتية: |
| Phone Number: | رقم الهاتف المتحرك: |
| Email Address:  | البريد الإلكتروني:  |
| Partner Withdrawal Reasons: ……………………………………………………………………………………………………………………. | سبب الانسحاب: ..................................................................................................... |

|  |  |
| --- | --- |
| **5) Amendments to Programs and Curriculum:** | **5)التعديل على البرامج والمنهاج الدراسية:** |
| **5.1 Reasons for Amending the Program/Curriculum:****..............................................................................................****.............................................................................................** | **5.1 أسباب التعديل على البرنامج/المنهج الدراسي:** **........................................................................................****........................................................................................** |
| **حذف****Remove** | **إضافة****Add** | **الخدمة ذات الصلة** **Related Service** | **5.2 البرنامج/المنهج الدراسي****Program/Curriculum** |
| [ ]  | [ ]  |  |  |
| [ ]  | [ ]  |  |  |
| [ ]  | [ ]  |  |  |
| [ ]  | [ ]  |  |  |
| [ ]  | [ ]  |  |  |
| [ ]  | [ ]  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **السياسة المتبعة في تحصيل الرسوم****Policy for Collecting Fees** | **رسوم الخدمة****Service Fees** | **إضافة/ حذف الخدمة****Add/Remove Service** | 6**) التعديل على الخدمات المقدمة:****6)Amendment to the Services Provided:** |
| **Proposed Fees** | **حذف****Remove** | **إضافة****Add** |
|  |  | [ ]   | [x]  |  |
|  |  | [ ]   | [ ]  |  |
|  |  | [ ]   | [ ]  |  |
|  |  | [ ]   | [ ]  |  |
|  |  | [ ]   | [ ]  |  |
|  |  | [ ]   | [ ]  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*8) Attachments:** | **8\*) المرفقات:** |
| **Kindly provide:** 1. Document explaining the required amendment, including an overview of the program or service, in addition to a list of the names of employees and beneficiaries "in case of modification to programs and services"
2. Copy of the academic qualifications and experience certificates of the technical and administrative staff "in case of adding a service or program"
3. Valid copy of the Emirates ID from both sides for partners "in case of amending partners"
4. Valid copy of the main page of the passport of the partners "in case of modification of partners"
5. Certificate of good conduct – criminal status examination "in case of amendment of partners"
6. Copy of the academic qualifications of the partners "in case of modification of partners"
7. Disclaimer undertaking form "in case of modification of partners"
8. Applicant's CV "only for family counselling centre in case of modification of partners"
 | **يرجى إرفاق:** 1. مستند يوضح التعديل المطلوب متضمناً نبذة عن البرنامج أو الخدمة بالإضافة إلى كشف بأسماء العاملين والمستفيدين "في حال التعديل على البرامج والخدمات"
2. نسخة عن المؤهلات العلمية وشهادات الخبرة للكادر الفني والإداري "في حال إضافة خدمة أو برنامج"
3. نسخة سارية المفعول عن الهوية الإماراتية من الجهتين للشركاء "في حال تعديل الشركاء"
4. نسخة سارية المفعول عن الصفحة الرئيسية من جواز السفر للشركاء "في حال تعديل الشركاء"
5. شهادة حسن سير وسلوك وشهادة خلو الحالة الجنائية "في حال تعديل الشركاء"
6. نسخة عن المؤهلات العلمية للشركاء "في حال تعديل الشركاء"
7. نموذج تعهد إخلاء مسؤولية "في حال تعديل الشركاء"
8. السيرة الذاتية لمقدم الطلب "فقط لمراكز الاستشارات الأسرية في حال تعديل الشركاء"
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **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. Do not transfer ownership of the entity, add a partner, change its location, or establish other branches without obtaining the necessary approvals.
5. Do not change the curricula or plans, make any change in the entity’sbuilding, or disrupt the study except after obtaining the necessary approvals.
6. Not receiving donations or financial or in-kind assistance from inside or outside the country except after obtaining the necessary approvals.
7. Do not publish any advertisements, launch advertising campaigns, publications, or create accounts on social media sites unless obtaining the necessary approvals.
8. Submit all information and data to the Department of Community Development and the Ministry of Community Development within the specified period.
9. Not to make any change to the fees for services, programs, curricula and rehabilitation plans provided by the institution without obtaining the necessary approvals.
10. 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.
11. 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. عدم نقل ملكية المؤسسة أو أضافة شريك فيها أو تغيير موقعها أو إنشاء فروع أخرى لها إلا بعد الحصول على الموافقات اللازمة.
5. عدم تغيير المناهج أو الخطط أو إحداث أي تغيير في مبنى المؤسسة أو تعطيل الدراسة إلا بعد الحصول على الموافقات اللازمة.
6. عدم تلقي الهبات أو المساعدات المالية أو العينية من داخل الدولة أو خارجها إلا بعد الحصول على الموافقات اللازمة.
7. عدم المباشرة بنشر أي إعلانات، أو إطلاق حملات إعلانية، أو منشورات، أو عمل حسابات على مواقع التواصل الاجتماعي إلا بعد الحصول على الموافقات اللازمة.
8. تقديم كافة المعلومات والبيانات لدائرة تنمية المجتمع ووزارة تنمية المجتمع خلال المدة المحددة.
9. عدم إجراء أي تغيير على رسوم الخدمات أو البرامج والمناهج والخطط التأهيلية التي تقدمها المؤسسة دون الحصول على الموافقات اللازمة.
10. 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.
11. 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>