**طلب إلغاء رخصة منشأة رعاية اجتماعية**

**Request to Cancel Social Care Facility License**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| التاريخ:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  | | --- | --- | | **\*1) Entity Details:** | **\* 1) بيانات المؤسسة:** | | Entity Name: | اسم المنشأة: | | Licensing Authority: | جهة الترخيص: | | License Number: | رقم الرخصة: | | License Owner Name: | اسم صاحب الرخصة: | | Emirates ID Number: | رقم الهوية الإماراتية: | | Director Name: | اسم مدير المركز: | | Emirates ID Number: | رقم الهوية الإماراتية: | | Phone Number: | رقم الهاتف: | | Email Address: | البريد الالكتروني: | | Entity Classification:  ☐ Rehabilitation Center for People of Determination  ☐ Family counseling center | تصنيف المنشأة:  ☐ مركز تأهيل أصحاب الهمم  ☐ مركز استشارات أسرية | | Reason to Cancel the License  Details:  .............................................................................................................................................................................................................................................................................. | سبب إلغاء الرخصة  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: | |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **\*7) Attachments:** | **\*7) المرفقات:** |
| **Kindly Provide:**   1. Applicant staff list 2. Applicant beneficiary list 3. Clearance certificate issued by the Ministry of Human Resources and Emiratization 4. Document showing the absence of any financial obligations towards the beneficiaries signed by the legal guardian of the beneficiary 5. document proving the beneficiaries’ announcement that the service or license will not be completed no less than three months before the end of the academic year in which the institution closes or three months before the end of the work, service or license  * **Remarks:**  1. The license is valid for a period of one year from issuance date 2. The license renewal request shall be submitted within "30" days from the license expiry date 3. In case the license is not renewed for more than 90 days, the concerned authorities can cancel the license | **يرجى إرفاق:**   1. كشف بأسماء العاملين لدى المنشأة مقدمة الطلب 2. كشف بأسماء المستفيدين من خدمات المنشأة مقدمة الطلب 3. شهادة براءة الذمة صادرة من وزارة الموارد البشرية والتوطين 4. مستند يوضح عدم وجود أي التزامات مالية تجاه المستفيدين موقع من قبل الوصي القانوني للمستفيد 5. مستند يثبت إعلان المستفيدين بعدم استكمال الخدمة أو الرخصة بمده لا تقل عن ثلاث أشهر قبل نهاية العام الدراسي الذي تغلق فيه المؤسسة أو قبل ثلاث أشهر قبل انتهاء العمل أو الخدمة أو الترخيص  * **ملاحظات:**  1. تكون مدة الترخيص سنة واحدة. 2. يتم تقديم طلب التجديد خلال "30" يوم من تاريخ انتهاء الترخيص. 3. في حال عدم التجديد الترخيص لأكثر من 90 يوم يمكن للجهات المعنية إلغاء الترخيص. |

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