|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**الموافقة على التسجيل المرئي ونشر المعلومات لبرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية**

تهدف هذه الموافقة بشكل صريح إلى إعفاء إدارة برنامج (NC DHHS) وأي من موظفيها والعاملين بها من أي وجميع المسؤوليات التي قد تنجم عن أخذ المواد واستخدامها المصرح به.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| أقر أنا: |  | | *(الاسم)* | بموجبه بمنح الإذن والتفويض لمكتب الاتصالات والمراسلات | |
| للحصول على أو السماح للجهات التالية: | |  | | | (اسم وكالة "CDSA") | |

الحصول على أي مما يلي فيما يخصني/يخص طفلي (برجاء تحديد الأوصاف والتفاصيل الملائمة)

الصور الفوتوغرافية  الأفلام/شرائط الفيديو المرئي  المقابلات  التسجيلات الصوتية

أوافق على أن المذكور أعلاه قد يستخدم أو يسمح لأشخاص آخرين باستخدام المواد المنتجة من هذه الجلسة لأي من العناصر المقترحة الموضحة أدناه (تحقق من الفئات المناسبة).

 المطبوعات التعليمية والتربوية

 المنشورات والمواد البحثية

 الدعاية والإعلان

 الموقع الإلكتروني التابع للإدارة

 المطبوعات والمؤلفات الصادرة عن الإدارة

 الوسائط المبثوثة أو المطبوعة

الإشراف السريري

التدريب على الممارسات المبنية على الأدلة

حسب الاقتضاء   أوافق على ما ورد أعلاه بشرط ألا يتم تحديد هويتي بالاسم.

*تعد مقاطع الفيديو جزءًا من سجل الطفل المحمي والسري وسيتم الاحتفاظ بها وتدميرها وفقًا لسياسة الاحتفاظ بسجلات إدارة (NC DHHS)*

لقد قرأت ما ورد أعلاه وأفهم تمامًا طلب الموافقة هذا. أفهم أيضًا أن هذه الموافقة تظل سارية للمدة الزمنية اللازمة لتحقيق غرضها والتي تصل إلى عامٍ واحد أو حتى إلغاء هذه الموافقة بالقسم المتعلق بالإلغاء أسفل هذا النموذج. أُدرك أن أي إجراء تم اتخاذه بشأن هذه الموافقة الصادرة قبل تاريخ الإلغاء يعتبر إجراء قانوني ومُلزِم.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  |  | | |  | |  | | |  | |
| الاسم الأول للطفل: | | | | | الاسم الأوسط: | اسم العائلة | | | | تاريخ الميلاد: | | | |  |
| توقيع الوالد/الوصي: | | |  | | | | التاريخ: | | | | |  | |  |
| العنوان: | |  | | | | | | | | | | | |  |
| المدينة/الولاية/الرمز البريدي: | | | |  | | | | | | | | | |  |
| الشاهد: |  | | | | | | | التاريخ: | | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **القسم المتعلق بالإلغاء** | | | | |
| أطلب بموجبه إلغاء هذه الموافقة (هذا الإصدار)، بدءً من تاريخه: | | |  |  |
|  | | | *التاريخ:* |  |
| توقيع الوالد/الوصي: |  | | |  |
| التاريخ: |  |  | |  |
|  |  |  | |  |