|  |
| --- |
|       |

**برنامج (ABC)**

**الموافقة على التسجيل المرئي ونشر المعلومات لبرنامج مقدمي الرعاية للأطفال الرُضع بولاية كارولينا الشمالية**

تهدف هذه الموافقة بشكل صريح إلى إعفاء (N.C. 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:  |       | *(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 البنود المذكورة أعلاه قد تُستخدم أو يسمح لأشخاص آخرين باستخدام المواد المنتجة من هذه الجلسة لأي من العناصر المقترحة الموضحة أدناه (برجاء تحديد لفئات المناسبة).

[ ]  المطبوعات التعليمية والتربوية

[ ]  المنشورات والمواد البحثية

[ ]  الدعاية والإعلان

[ ]  الموقع الإلكتروني التابع للإدارة

[ ]  المطبوعات والمؤلفات الصادرة عن الإدارة

[ ]  الوسائط المبثوثة أو المطبوعة

[ ]  عمل مونتاج للمقاطع المرئية الخاصة بالبرنامج الاستدراكي لتعزيز التعلق والسلوك الحيوي (ABC) لإعطائها لعائلة معينة

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 والتخلص منها وفقًا لسياسة الاحتفاظ بسجلات إدارة الصحة والخدمات الإنسانية بولاية كارولينا الشمالية (NC DHHS).*

لقد قرأت ما ورد أعلاه وأفهم تمامًا ما ورد بطلب الموافقة. 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/الكود البريدي: |       |  |
| الشاهد: |       | التاريخ: |       |  |
|  |  |

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