|  |
| --- |
|  |

**الموافقة على تسجيل فيديو والإفصاح عن المعلومات الخاص ببرنامج رعاية الرُضع والأطفال الصغار بولاية كارولينا الشمالية (NC ITP)**

تهدف هذه الموافقة صراحةً إلى إبراء ذمة وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بولاية كارولينا الشمالية وموظفيها من أي مسؤولية قد تنتج عن أخذ المواد والاستخدام المصرح به لها.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| أصرح أنا |  | | *(الاسم)* | بموجب هذه الوثيقة، لمكتب الاتصالات | | |
| بالحصول أو السماح لـ: | |  | | | *(اسم وكالة CDSA)* |

*بالحصول* على ما يلي مني/من طفلي *(تحقق من الوصف (الأوصاف) المناسب)*

الصور الفوتوغرافية  فيلم/شريط فيديو  مقابلة  تسجيل صوتي

أوافق على أن المذكور أعلاه قد يستخدم أو يسمح لأشخاص آخرين *باستخدام* المواد الناتجة عن هذه الجلسة لأي من الأغراض المقترحة الموضحة أدناه (حدد الفئات المناسبة).

المنشورات التعليمية

منشورات/مواد البحث

الإعلان

موقع الوزارة الإلكتروني

منشورات الوزارة

وسائط الإعلام المطبوعة والمذاعة

الإشراف السريري

التدريب على الممارسات القائمة على الأدلة

إذا كان ذلك ينطبق:  أوافق على ما ورد أعلاه بشرط عدم الكشف عن اسمي.

*تشكل مقاطع الفيديو جزءًا من سجل الطفل السري المحمي وسيتم الاحتفاظ بها وإتلافها وفقًا لسياسة الاحتفاظ بالسجلات التابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية بولاية كارولينا الشمالية.*

لقد قرأت ما ورد أعلاه وأفهم تمامًا طلب الموافقة هذا. أفهم أيضًا أن هذه الموافقة ستظل سارية طوال المدة الزمنية اللازمة لتحقيق غرضها والتي تصل إلى عام واحد أو حتى إلغاء هذه الموافقة بالقسم المتعلق بالإلغاء أسفل هذا النموذج. أدرك أيضًا أن أي إجراء تم اتخاذه بشأن هذه الموافقة قبل تاريخ إلغائها يعد قانونيًا وملزمًا.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **القسم المتعلق بالإلغاء** | | | | |
| أطلب بموجب هذا إلغاء الموافقة، اعتبارًا من | |  | |  |
|  | | *(التاريخ)* | |  |
| توقيع ولي الأمر/الوصي: |  | | |  |
| التاريخ: |  | |  |  |
|  |  | |  |  |