

نموذج طلب تصريح مقدمي الخدمات الاجتماعية Social Care Facility Permit Application Form

Name of Social Care Facility

اسم المنشأة الاجتماعية

Proposed Type of Activity

نوع النشاط المقترح

Profit

ربحي

Non-Profit

غير ربحي

Responsible Contact Person

جهة الاتصال

Full Name: _____ الاسم الكامل:

Position at the Facility: _____ منصبه في المنشأة:

Nationality: _____ الجنسية:

Mobile No: _____ رقم الهاتف:

Email Address: _____ البريد الإلكتروني:

Social Care Facility's Website: _____ الموقع الإلكتروني للمنشأة الاجتماعية:

Proposed Activities

الأنشطة المقترحة

Non-medical resident service

ايواء لغير الأغراض الطبية

Daycare center

خدمات ايواء الرعاية النهارية

Entertainment for people with disability

تقديم خدمات ترفيهية لذوي إعاقة

Social rehabilitation services

التأهيل الاجتماعي والمهني لذوي إعاقة

Social counseling

استشارات اجتماعية

Family counseling and awareness services

استشارات وتوعية أسرية

Psychological and behavioral therapy

علاج الاضطرابات النفسية والعاطفية والسلوكية

Early Intervention services

التدخل المبكر

Services for the elderly

خدمات لكبار السن

Treatment of drug addiction and substance abuse

علاج ادمان العقاقير والمواد المخدرة

Learning difficulties service

خدمة صعوبات التعلم

Special education service

خدمة التعليم الخاص

Others: _____

أخرى: _____

Provide a brief description of your services

يرجى تقديم وصف موجز للخدمات

Note: If you require additional space for the services, a separate sheet must be attached to this application. Kindly attach any brochures or pamphlets, if available.

ملاحظة: إذا كنت تحتاج إلى مساحة إضافية للخدمات، يجب إرفاق ورقة منفصلة لهذا الطلب. يرجى إرفاق أي نشرات أو كتيبات، إذا كانت متوفرة.

Shareholders / Manager Details

تفاصيل المساهمين/المدير

البريد الإلكتروني Email Address	رقم الهاتف المتحرك Mobile No.	المسمى الوظيفي Position	الجنسية Nationality	الإسم Name

Documentation Checklist (please submit the following)

قائمة الوثائق المطلوبة (الرجاء تسليم ما يلي)

- Social Care Facility Permit Application Form.
- Copy of Passport, Visa page, Emirates ID and CV of the Owner, Manager, and Partners.
- Trade Name Reservation Certificate or copy of license issued by DED.
- Business Proposal with detailed information on the services that will be provided at the facility.

- نموذج طلب تنظيم عمل مقدمي الخدمات الاجتماعية في إمارة دبي
- صورة من جواز السفر، الإقامة، الهوية الوطنية والسيرة الذاتية لكل من المالك والمدير والشركاء.
- شهادة حجز الاسم التجاري صادرة عن دائرة التنمية الاقتصادية في دبي.
- الأعمال المقترحة مع معلومات مفصلة عن الخدمات التي ستقدمها المنشأة.

Notes

الملاحظات:

- Incomplete applications will not be accepted.
- The CDA has the right to request for any additional information.
- CDA has the right to inactivate the application if the required information was not submitted within 30 days from the date of communication sent by CDA.
- False statements/ information may result in de licensure of the entity, office closure, and/ or legal proceedings.

- لن يتم قبول الطلبات غير المكتملة.
- يحق للهيئة طلب أي معلومات إضافية.
- يحق للهيئة إيقاف الطلب في حال عدم وصول المعلومات المطلوبة بعد 30 يوماً من تاريخ الرسالة المرسلة من قبل الهيئة.
- أي معلومات خاطئة قد تؤدي إلى عدم ترخيص الكيان، إغلاق المكتب، وأو اتخاذ الإجراءات القانونية.

Declaration

إقرار

By signing below, I hereby declare that I've read the application and the information that is submitted is correct and abide by the rules, laws and regulations of the Community Development Authority in Dubai

من خلال التوقيع أدناه، أقر بأنني قرأت الطلب وأن جميع المعلومات التي تم تقديمها صحيحة والالتزام بالقواعد والقوانين والأنظمة المعمول بها في هيئة تنمية المجتمع في دبي

Name of Applicant: _____ اسم مقدم الطلب:

Address: _____ العنوان:

Phone: _____ رقم الهاتف:

Fax: _____ الفاكس:

Mobile: _____ المحمول:

E-mail: _____ البريد الإلكتروني:

Position: _____ المنصب:

Date & Signature: _____ التوقيع والتاريخ: