

Client Information and Consent Form
FIRST Project

الموافقة على الفحص و العلاج بعد الإطلاع

. الهدف الرئيسي للمعالجة هو لمساعدتك على التعرف و التصرف بفعالية أكثر مع مشاكل المعيشة اليومية و التعامل مع النزاعات الداخلية التي قد تعطل قدرتك على العمل بفعالية.
. سوف تعمل أنت و معالجك معاً للتعرف على أهداف العلاج و الخيارات. طول المدة الزمنية للعلاج متغيرة و تعتمد على إحتياجات الشخص و التي سوف تناقش أثناء فترة سير الرعاية المقدمة لك.
. نشجعك على التكم بأكثر قدر ممكن من الصراحة عن المشاكل التي تعاني منها حتى يستطيع معالجك من مساعدتك بشكل أفضل في تحديد خطة العلاج.
. التكم مع المعالج عن المشاكل أحياناً يسبب تغيير عند الناس. رجاءاً تتبه لمثل هذا الإحتمال للتغيير.
. نشجعك أن تسأل معالجك عن أي أسئلة قد تخطر لك في أي وقت.
. معالجك مسؤول عن تزويدك بخدمة مهنية ممتازة. هذا يتضمن معاملتك بإحترام, المحافظة على سريتك, و إخبارك عن خيارات علاجك. المعلومات عن خيارات العلاج سوف تتضمن الفوائد المحتملة و الأخطار المرتبطة بتلك الخيارات.
. من المهم أن تأتي للموعد في الوقت المحدد و أن تتصل بـ 24 ساعة مقدماً عندما تكون غير قادر على المجيء إلى موعدك المقرر.
. إذا كان لديك تأمين صحي, نحن سوف نتولى التعامل مع الأوراق المطلوبة من تأمينك الصحي. إذا لم يكن لديك تأمين, سنطلب منك دفع حسابنا على دفعات تتناسب مع دخلك. نحن لن نمنع الخدمات عن الأفراد الذين لا يستطيعون أن يدفعوا التكاليف العادية, أو الذين ليس لديهم تأمين صحي.
. المعلومات التي تقدمها خلال فترة الفحص و العلاج ستكون سرية و لن نطلع الآخرين عليها بغير إذن مكتوب من طرفك, باستثناء الحالات التالية:

- إذا قمت بتعريض نفسك أو شخص آخر لخطر جسدي جدي.
- إذا أعلنت أن شخصاً آخر أو أنت نفسك قد أذيت (جسدياً, نفسياً أو جنسياً) أو أهملت طفلاً, أو شخصاً قاصراً غير كفيء, أو شخصاً معاقاً.
- إذا أستخدمت ملفات المعالج بمذكرة إحضار من قبل محكمة قانونية.
- المعلومات عن الجنس, العمر, البلد الأصل و نوع الخدمة المقدمة و التشخيص سنطلع عليه مشروع المنحة حتى تتمكن من الحصول على الدفعات المالية. كل المعلومات التي تحدد هوية الأشخاص سوف تحذف.
- إذا أستخدم مترجم, فهو أو هي ملتزم بنفس تعليمات المحافظة على السرية.

**أنا أفهم خطة العلاج و أعطي موافقتي على الفحص و المعالجة.
الحروف الأول من الإسم الأول و الأخير للمتعالج**

الموافقة بعد الإطلاع عل تعيين مدير من الفيرست براجكت.

. لديك الخيار لكي تتلقى الخدمة من قبل مدير قضية في الفيرست براجكت. مدير القضية متوفر للمساعدة في تنفيذ الواجبات و إرسال تحويلات الخدمات الأخرى التي يطلبها لك معالجك. مدراء القضايا متوفرون للترجمة أثناء المعالجة فقط بناء على طلبك
. معلوماتك الشخصية و أي معلومات عن علاجك في الفيرست براجكت ستبقى سرية من قبل مديري القضية ولن نطلع عليها أي شخص بدون موافقتك المكتوبة.

تعيين مدير لقضيتك ليس إجباري.

أوافق على تعيين مدير للقضية في الفيرست براجكت
الحروف الأول من الإسم الأول و الأخير للمتعالج

تبادل المعلومات بين مديري القضية و المعالجين

. المعالجين في الفيرست براجكت قد يتبادلون معلومات عن علاجك مع مدير قضيتك . المعلومات المتبادلة ستكون مقتصرة على المعلومات الضرورية للعلاج الناجح.

أوافق على تبادل المعلومات بين مدير قضيتي و معالجي في الفيرست براجكت
الحروف الأولى من الإسم الأول و الأخير للمتعالج _____

الموافقة بعد الإطلاع على ما يخص البحوث و التعليم و تقارير المنحة.

. لتطوير خدماتنا و لتدريب الآخرين على علاج الأفراد الذين تعرضوا للتعذيب للإرسال التقارير عن خدماتنا إلى مصدر تمويلنا بالنقود , نحن نقوم بجمع البيانات عن التقييم و العلاج . كل هويات الأفراد (على سبيل المثال , اسمك) تُحذف من المعلومات المرسله . هذه المعلومات تُستخدَم بشل حصري للتدريب المهني في العناية بالناجين من التعذيب .

أفهم أن الفيرست براجكت تستخدم المعلومات من أجل البحث و التعليم وتقارير المنحة .
الحروف الأولى من الإسم الأول و الأخير للمتعالج _____

التصريح عن التعذيب السياسي

لن يزود الفيرست براجكت لن يوفر العلاج للأفراد الذين قد شاركوا في التعذيب السياسي لآخرين

أنا لم أكن مشترك في التعذيب السياسي لفرد (أو أفراد آخرين)
الحروف الأولى من الإسم الأول و الأخير للمتعالج _____

بتوقيع حروفك الأولى فإنك موافق على توجيهات الفيرست براجكت التالية:

1. أوافق على أن المترجمين المعتمدين و المترجمين من قبل الفيرست براجكت هم وحدهم يحق لهم أن يترجموا أثناء جلسات العلاج . (لا نستطيع القبول بمعالجة الزبائن الذين بحاجة لمترجمين ولكنهم لم يوافقوا على استخدام المترجمين المترجمين في العلاج.)
2. لا يمكن لأفراد العائلة أن يترجموا في جلسات المركز . هذا يتضمن الأطفال أو البالغين _____
3. أنا أعرف بأنني ملزم بإعطاء إخطاراً قبل 24 ساعة إذا كنت غير قادر على المجيء إلى الموعد . الأستثناء الوحيد لقاعدة الإخطار قبل 24 ساعة هو حالة طوارئ أو مرض فقط . _____
4. أنا أفهم و موافق أنني سوف أترد من البرنامج إذا تغييت عن ثلاثة مواعيد بدون إعطاء إشعار ال 24 ساعة المسبق . _____
5. أنا أفهم أن من مسؤوليتي أن أخبر الفيرست براجكت بأي تغييرات في معلومات الإتصال بي متضمنة عنواني و رقم تلفوني . _____

لقد قرأت و فهمت التعليمات الموصوفة في استمارة الموافقة هذه . أفهم أنني أستطيع أن أوجه الأسئلة بخصوص هذه التعليمات و الإجراءات في الفيرست براجكت في أي وقت .

إسم المتعالج _____

توقيع المتعالج _____

التاريخ _____

إسم المعالج
توقيع المعالج

التاريخ