**Enrollment#:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**رقم الملف

**MAHARAT INFORMED CONSENT FORM** نموذج موافقة على الخدمات- مركز مهارات التعليمي

**Child Nameاسم الطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Date of Birthتاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Welcome to Maharat Learning Center. Prior to undergoing an intake meeting, assessment, evaluation, intervention service and/or educational program, you should understand the purpose, risks and benefits of the service that will be conducted. Before signing this consent form, please ensure all matters related to the service have been explained to you. Please read this form carefully and ask anything you do not understand.

Maharat Learning Center provides educational, intervention, consultation, and training services for children and young adults with learning, developmental, and behavioral challenges as well as training and professional development for schools, nurseries, and learning centers. Personnel at Maharat Learning Center include (but not limited to) Principal Director, Program Directors, Behavioral Supervisors/Coordinators, Behavior Technicians, School Support Advisors, Paraeducators, Learning Coordinators, and Vocational Coaches who provide which may include:

نرحب بكم في مركز مهارات التعليمي,قبل بدء التدخل المقترح ، العلاج أو الإجراء وقبل الخضوع للتدخل، العلاج أو الاجراء، عليكم أن تعرفوا من المختص الهدف، مخاطر ومنافع التدخل، العلاج أو الاجراء الذي سيطبق وقبل التوقيع على هذا النموذج، يرجى التأكد من أن كل الأمور المتعلقة بالتدخل، العلاج أو الاجراء المقترح قد فصلت لكم.

 يرجى قراءة نموذج الموافقة جيدا والاستفسار عن أي شيء بحاجة للتوضيح.

يقدم مركز مهارات التعليمي خدمات تعليمية, علاجية, استشارية و خدمات التدريب للأطفال و الشباب الذين يعانون من تحديات و صعوبات في التعلّم و تأخر النمو و مشاكل سلوكية كما يوفر المركز دورات تدريب و التطوير المهني للمدارس, دور الحضانة, و مراكز التعليم.

 موظفو مركز مهارات يشملون على سبيل المثال لا الحصر؛ مدراء البرامج, المعالجون السلوکیون، المشرفون السلوکیون، مدراء الحالات، مستشارو الدعم المدرسي، المعلمون، المعلمون الخصوصيين ، مساعدو البرامج والمدربون المھنیون الذين يقدمون الخدمات التالية:

|  |  |
| --- | --- |
| **Description Service** | **وصف الخدمة**  |
| **Assessments & Evaluations*** Educational, Developmental, and/or Behavioral Assessments/Evaluations (including Intake Meetings)
 | ا**لتقييم و التشخيص*** تقييم و تشخيص صعوبات التعلم, تأخر النمو و التطًورو تقييم السلوك(و ذلك يشمل التقييم الأولي).
 |
| **Supervision & Consultation Services*** Development of Individualized Education Plans (IEPs)
* Observations and evaluations in home or school setting
* Behavioral and Educational Intervention Support
* LSA / School Shadow Training
* Parent Training
* Consultations for children and young adults enrolled in mainstream education
 | **خدمات الإشراف و الإستشارة** * بناء خطة تعليمية فردية.
* المراقبة و التقييم في المنزل و المدرسة.
* تدخل الدعم التعليمي و السلوكي.
* تدريب المعالجون و مدرسو الظل.
* تدريب الأهل.
* خدمات الإستشارة للطلاب و الشباب المسجلين في المدارس.
 |
| **Individualized Sessions*** 1:1 Behavioral Intervention (Arabic & English)
* School Shadowing
* Tutoring for Specific Learning Difficulties
* Independent Living Skills Training
* Vocational Skills Training
 | **الحصص الفردية** * 1:1 المعالجة السلوكية (عربي و انجليزي).
* توفير مدرسي الظل.
* دعم صعوبات التعلم بالدروس الخصوصية.
* التدريب على مهارات العيش المستقلة.
* التدريب على المهارات المهنية.
 |
| **Education Services*** Maharat Learning Academy
* Maharat Sports Academy
 | **الخدمات التعليمية** * أكاديمية مهارات التعليمية.
* أكاديمية مهارات الرياضية .
 |
| **School District Training & Consultation Services*** Applied Behavioral Analysis (ABA) Training and Consultation
* Specific Learning Difficulties Training and Consultation
* Successful Inclusion Training and Consultation
 | **خدمات الإستشارة و التدريب المدرسية** * التدريب و الإستشارة في تحليل السلوك التطبيقي.
* التدريب و الإستشارة في مجال صعوبات التعلم.
* التدريب و الإستشارة في مجال الدمج الناجح.
 |

**Service Provision**

The type and extent of services that you will receive may be determined following an initial appointment which may include an Initial Consultation, Educational, Developmental, and/or Behavioral Assessments, Admission Evaluation or Intake Meeting. Based on the initial appointment, the Parent/Legal Guardian or Client may be recommended to start services or may be referred to other interventional, educational and/or care services.

For individualized sessions, the number of hours for 1:1 sessions and/or supervision provided shall depend on the recommendation, the mutually agreed number of hours, and the availability of Personnel. For 1:1 Behavior Intervention services, the number of hours provided shall be a minimum of 10 hours per week unless otherwise recommended /approved by the Director. Reports are prepared and provided to monitor progress and goals and mandatory parent meetings and team meetings are provided to discuss the progress of the Client and the program.

Potential Benefits: Research has indicated that assessment, intervention and/or care may provide significant benefits in helping children and families manage and cope with various disorders and illnesses.

Potential Harms: There are no known harms associated with your child’s/family’s participation in the proposed assessment, intervention and/or care. However, the Parent/Legal Guardian and/or Client may be asked to discuss subject matter of a sensitive nature. This may result in temporary or prolonged discomfort.

The Center makes no representations, warranties, or promises to the Parent/Legal Guardian or Client regarding the outcome or results of any service, provided are based on empirical data indicating that such services can be benefit to children and young adults.

**المقدمـة**

نوع و مدى الخدمة التي سوف تتلقاها قد يحدد بعد الموعد الأولي و الذي قد يتضمن إستشارة أولية, تقييم تعليمي, تنموي أو تقييم سلوكي, تقييم قبول أو موعد الإستشارة الأولي. و بناءاً على الموعد الأولي يتم تقديم التوصيات للأهل أو ولي الأمر إما للبدء في الخدمة أو التحويل لخدمة تدخل, تعليم أو عناية أخرى.

بالنسبة للحصص الفردية, عدد الحصص 1:1و الإشراف المقدم يعتمد على التوصيات, الساعات المتفق عليها, و توفر الموظفين المختصين.

 للحصص الفردية1:1 في تعديل السلوك, عدد ساعات العلاج المقدمة يجب ألا تقل عن 10ساعات اسبوعياً إلا إذا تم التوصية أو الموافقة بغير ذلك من مدير البرنامج. يتم إعداد و تقديم التقارير لمتابعة التطور و الأهداف و يتم عقد اجتماع الأهل و اجتماع الفريق لمناقشة تطور الطفل و البرنامج.

**المنافع المرجوه:** اثبتت الدراسات ان التدخل المبكر قد يعطي نتائج ملحوظه في مساعدة الأطفال و العائلات

على اداره و الموقف و التأقلم مع مختلف الصعوبات و الاضرابات.

**أضرار محتملة**: لا يوجد أي ضرر يترافق مع مشاركة طفلك/اسرتك في التدخل، العلاج أو الاجراء المقترح. لكن قد يطلب من طفلك/أسرتك بحث مواضيع ذات طبيعة حساسة، مما قد يتسبب في ازعاج مؤقت أو مطول.

لا يقدم المركز أي تمثيل, ضمانات أو وعود للأهل أو ولي الأمر بما يتعلق بالنتائج /اي من الخدمات, البرامج أو خطة العلاج. و يوضح المركز أن الخدمات المقدمة

تستند إلى بيانات تجريبية تشير إلى أن هذه الخدمات يمكن أن تفيد الأطفال والشباب.

**Service Fees**

The Center shall bill the Parent/Legal Guardian for Services in accordance with the Center’s Fee Schedule. Payments for Services shall be made by the Parent/Legal Guardian in full by electronic funds transfer to the account of Center, by check payable to “Maharat Learning Center Est”, by cash, or by credit card. All assessments, evaluations, initial consultations and/or intake meetings shall be paid at the time of appointment. All Prepaid Packages shall be paid in advance of the month in which Services are to be provided. For Hourly Services and additional services, the Parent/Legal Guardian shall be billed on an hourly basis and invoiced once per month based on the number of scheduled Service hours provided during the previous month. The Parent/Legal Guardian agrees to pay for consultations by phone, or email as well as any reports or letters requested for the Client. An Enrollment Fee and a Security Deposit shall be required to start Services in accordance with the Center’s Enrollment Agreement. Failure to pay the Enrollment Fee and Security Deposit shall mean that the Client’s place may be allocated to another client currently on the waiting list.

**تنظيم الرسوم و شروط الدفع**

تنتظم الرسوم وفقا لجدول رسوم مركز مهارات التعليمي. ينبغي دفع رسوم الخدمة من قبل الوالدان بالكامل بواسطة التحويل الالكتروني لحساب المركز, عن طريق الشيكات المدفوعة ل"مركز مهارات التعليمي", نقداً أو عن طريق بطاقات الإئتمان. بخصوص التقييم و الاستشارة الأولية أو اللقاء الأولي يجب أن يتم الدفع في اليوم المتفق عليه للموعد.بخصوص الحزم المدفوعة مسبقاً يجب أن تدفع رسوم حزمة العلاج المذكورة مسبقاً بداية كل شهر يتم فيه تقديم الخدمة.للخدمات التي تدفع بالساعة و الخدمات الإضافية,بتم ارسال فاتورة شهرية بعدد ساعات الخدمة المقدمة بالشهر السابق للوالدان أو ولي الأمر. يوافق الولدان أو ولي الأمر على الدفع للإستشارة عن طريق الهاتف أو البريد الالكتروني و على دفع أي تكلفة اضافية بالنسبة للتقارير أو الرسائل المطلوبة من قبل الوالدان أو ولي الأمر. للبدء بالخدمة يجب دفع مبلغ التسجيل و مبلغ التأمين كما تم الاتفاق عليه باتفاقية التسجيل الخاصة بمركز مهارات التعليمي. العجز عن دفع مبلغ التسجيل و مبلغ التأمين لأي سبب قد يترتب عليه خسارة المقعد المخصص و اعطائه للشخص التالي على لائحة الانتظار.

**Confidentiality**

Unless required by law, no information that discloses the Client’s identity will be released to anyone outside of the Client’s ‘circle of care’ without written consent from the Parent/Legal Guardian. Children 18 years of age and over will be asked which individuals should receive information on their progress. All information shared and discussed with Personnel is considered strictly private. Center Personnel may disclose information without consent only under the following circumstances, in the best interest of the child/individuals/family at stake:

* If there is clear evidence of serious and imminent harm to oneself or to others.
* If there is reason to suspect abuse (sexual, emotional, or physical) or neglect of a child or vulnerable adult.
* If there is a report of misconduct, particularly of a sexual nature, by another health professional.
* If the confidential records are deemed relevant and subpoenaed by a court of law or regulating body of health professionals.

**مبدأ السرية**

ما لم يقضي القانون بذلك، لا يحق الافصاح عن أي معلومات تكشف عن هوية الطفل أو الوالدين/أولياء الأمر لأي طرف كان خارج دائرة "رعاية الطفل" دون موافقة خطية من الوالدين/أولياء الأمر. يطلب من أطفال سن 18 سنة وما فوق تحديد الأفراد الذين يحق لهم استلام المعلومات حول تقدمهم. كل المعلومات المفصح عنها للمختصين تعتب سريه و خاصه. بيد أن هناك بعض الحالات القليلة التي يمكن فيها للمختصين الافصاح عن معلومات دون الحصول على موافقة، من أجل مصلحة الطفل/الأفراد/الأسرة العليا المعرضة للخطر. فيما يلي بعضا من الاستثناءات:

* إذا كان هناك دليل واضح على خطر وشيك للشخص نفسه او أشخاص اخرين.
* إذا كان هناك سبب للاشتباه بإساءة (جنسية، نفسية، أو بدنية) للطفل أو بالغ ضعيف أو اهمالهم.
* إذا تم التبليغ عن سوء تصرف، تحديدا ذو طبيعة جنسية، من قبل اخصائي صحة آخر.
* إذا اعتبرت السجلات السرية هامة وطلبت من قبل المحكمة أو هيئة رقابية لأخصائيي الصحة.

**Acknowledgement of Informed Consent**

* I acknowledge that I have been informed and hereby consent to my child/family participating in the proposed assessment, intervention and/or care, and:
* I understand the nature and purpose of the proposed assessment, intervention and/or care, and the potential benefits and harms of the proposed assessment, intervention and/or care.
* I understand that the possibility and nature of complications cannot always be accurately anticipated and, therefore there is and can be no guarantee, either expressed or implied, as to the results of the proposed assessment, intervention and/or care.
* I have been given sufficient information to give this informed consent. By signing this

**اقرار بالموافقة المسبقه**

* اقر بأنني قد تبلغت وبهذا و أوافق على مشاركة طفلي/أسرتي في التدخل، العلاج أو الاجراء المقترح.
* أنا متفهم لطبيعة وغرض التدخل، العلاج أو الاجراء، والمخاطر والمضايقات المحتملة، ومزايا التدخل، العلاج أو الاجراء المقترح.
* انا متفهم بأن امكانية وطبيعة المضاعفات غير متوقعة دائما بتلك الدقة، وعليه فليس هناك ضمان ولا يمكن أن يكون، سواء صراحة أو ضمنا، لنتائج التدخل، العلاج أو الاجراء المقترح.
* لقد حصلت على معلومات كافية كي أعطي هذه الموافقة المطلعة وبالتوقيع على هذا النموذج، أعلم بأنني لم أفرط بأي من حقوقي القانونية.

 Consent Form, I understand that I have not

 waived any of my legal rights.

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE: توقيع الوالدين/ولي الأمر : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PARENT/GUARDIAN PRINTED NAMEاسم ا الأبوين / ولي الأمر : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RELATIONSHIP TO CHILD القرابة للطفل : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE التاريخ : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECTOR SIGNATURE: WITNESS SIGNATURE: *(if required)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECTOR PRINTED NAME: WITNESS PRINTED NAME:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DIRECTOR TITLE/POSITION: WITNESS TITLE/POSITION:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE: DATE:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_