



Domestic Violence Program  
Alexandria, Virginia

24 HOUR HOTLINE: 703-746-4911

اقرأ أولاً: قبل أن تقرر ما إذا كنت تريد السماح لبرنامج العنف المنزلي (DVP) في مدينة الإسكندرية بمشاركة بعض معلوماتك السرية مع وكالة أو شخص آخر، سيناقش معك أخصائي اجتماعي في هذا البرنامج جميع البدائل وأي مخاطر ومزايا محتملة قد تنتج عن مشاركة معلوماتك السرية. إذا قررت أنك تريد أن ينشر برنامج العنف المنزلي بعض معلوماتك السرية، فيمكنك استخدام هذا النموذج لاختيار المعلومات التي تشاركها وكيفية المشاركة ومع من تتم المشاركة وإلى أي وقت تتم المشاركة.

أدرك أن برنامج العنف المنزلي ملتزم بالحفاظ على سرية معلوماتي الشخصية والمعلومات المحددة للهوية والسجلات الخاصة بي. أفهم أيضاً أنه يمكنني اختيار السماح لبرنامج العنف المنزلي بنشر بعض معلوماتي الشخصية لأشخاص أو وكالات معينة.

أنا، \_\_\_\_\_، أصرح لبرنامج العنف المنزلي بمشاركة المعلومات المعينة التالية مع:  
الاسم

من أريد في مشاركة معلوماتي معه:	الاسم: مكتب محدد في الوكالة: رقم الهاتف:
---------------------------------	------------------------------------------------

يمكن مشاركة المعلومات:  شخصياً  عبر الهاتف  عبر الفاكس  عبر البريد  عبر البريد الإلكتروني  أدرك أن البريد الإلكتروني غير سرى ويمكن اعتراضه وقراءته من قبل أشخاص آخرين.

ما معلوماتي الشخصية التي ستم مشاركتها:	(ضع بيانات محددة قدر الإمكان، على سبيل المثال: الاسم وتواريخ الخدمة وأي مستندات).
لماذا أريد في مشاركة معلوماتي: (السبب)	(ضع بيانات محددة قدر الإمكان، على سبيل المثال: للحصول على مزايا).

يرجى ملاحظة: يوجد خطر احتمالية أن يؤدي الكشف المحدود عن المعلومات إلى توفير إمكانية وصول الآخرين إلى جميع معلوماتك السرية الموجودة لدى برنامج العنف المنزلي.

أدرك ما يلي:

- أنني لست مضطراً للتوقيع على نموذج كشف. أنني لست مضطراً للسماح لبرنامج العنف المنزلي بمشاركة معلوماتي. توقيع نموذج الكشف طوعي تماماً. أن هذا الكشف عن المعلومات سيقصر على ما كتبه أعلاه. إذا كنت أريد في أن يكشف برنامج العنف المنزلي معلومات عني في المستقبل، فعلياً توقيع نموذج كشف كتابي آخر محدود المدة.
- أن الكشف عن معلوماتي الشخصية قد يوفر لشخص آخر أو وكالة أخرى معلومات عن موقعي وأن ذلك سيؤكد أنني أتلقى خدمات من برنامج العنف المنزلي.
- قد يتعذر علي وعلى برنامج العنف المنزلي التحكم في ما يحدث لمعلوماتي بمجرد الكشف عنها إلى الشخص أو الوكالة المحدثين أعلاه وأن الوكالة أو الشخص الذي يحصل على معلوماتي قد يكون مطلوباً مشاركتها مع الآخرين بموجب القانون أو الممارسة.

**يجب أن يفي انتهاء صلاحية باحتياجات الضحية، ولا يزيد عادة عن 15-30 يوماً، ولكنه قد يكون أقصر أو أطول.**

تنتهي صلاحية نموذج الكشف هذا في \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_ الوقت

أدرك أن نموذج الكشف هذا صالح عندما أوقع عليه، وأنه يجوز لي سحب موافقتي على هذا الكشف في أي وقت سواء شفهيًا أو كتابيًا.

التوقيع: \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_ الشاهد: \_\_\_\_\_

**إعادة التأكيد وتمديد المدة (في حالة ضرورة توفير وقت إضافي لتلبية الغرض من هذا الكشف)**

أدرك أن نموذج الكشف هذا لا يزال صالحاً وأريد في تمديد مدته إلى \_\_\_\_\_ التاريخ الجديد \_\_\_\_\_ الوقت الجديد

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الشاهد: \_\_\_\_\_