

**اقرأ أولاً:** قبل أن تقرر ما إذا كنت تريد السماح لبرنامج الاعتداء الجنسي (SAC) في مدينة الإسكندرية بمشاركة بعض معلوماتك السرية مع وكالة أو شخص آخر، سيقام 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 الاعتداء الجنسي بعض معلوماتك السرية، فيمكنك استخدام هذا النموذج لاختيار المعلومات التي تشاركها وكيفية المشاركة ومع من تتم المشاركة وإلى أي وقت تتم المشاركة.

أدرك أن مركز الاعتداء الجنسي في مدينة الإسكندرية ملتزم بالحفاظ على سرية معلوماتي الشخصية والمعلومات المحددة للهوية والسجلات الخاصة بي. أفهم أيضًا أنه يمكنني اختيار السماح لمركز الاعتداء الجنسي بنشر بعض معلوماتي الشخصية لأشخاص أو وكالات معينة.

أنا، \_\_\_\_\_ (الاسم)، أصرح لمركز الاعتداء الجنسي بمشاركة المعلومات المحددة التالية:

	<b>من سيحصل على المعلومات الخاصة بي:</b> الاسم: مكتب محدد في الوكالة: رقم الهاتف
--	---

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

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

يرجى ملاحظة: يوجد خطر احتمالية أن يؤدي الكشف المحدود عن المعلومات إلى توفير إمكانية وصول الآخرين إلى جميع معلوماتك السرية الموجودة لدى مركز الاعتداء الجنسي.

أدرك ما يلي:

- أنني لست مضطرًا للتوقيع على نموذج كشف. أنني لست مضطرًا للسماح لمركز الاعتداء الجنسي بمشاركة معلوماتي. توقيع نموذج الكشف طوعي تمامًا. أن هذا الكشف عن المعلومات سيقصر على ما كتبتة أعلاه. إذا كنت أريد في أن يكشف مركز الاعتداء الجنسي معلومات عني في المستقبل، فعليًا 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 مركز الاعتداء الجنسي.
- ما المعلومات المحددة التي سيتم الكشف عنها (على سبيل المثال: السجلات المكتوبة وملاحظات حول ما قلته) وكيف ستتم مشاركتها (عبر الهاتف أو الفاكس أو البريد، وما إلى ذلك).
- قد يتعذر عليّ وعلى مركز الاعتداء الجنسي التحكم في ما يحدث لمعلوماتي بمجرد الكشف عنها وأن الوكالة أو الشخص الذي يحصل على معلوماتي قد يكون مطلوبًا مشاركتها مع الآخرين بموجب القانون أو الممارسة.

نموذج الكشف هذا صالحة لمدة: \_\_\_\_\_ أيام أو \_\_\_\_\_ شهور (بما لا يتجاوز عام واحد).

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

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الوقت: \_\_\_\_\_

الشاهد: \_\_\_\_\_

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

أدرك أن نموذج الكشف هذا لا يزال صالحًا وأرغب في تمديد مدته إلى \_\_\_\_\_

التاريخ الجديد \_\_\_\_\_ الوقت الجديد \_\_\_\_\_

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