

سري موافقة على الإفصاح عن المعلومات

يجب قراءة هذا النموذج على المريض أو ولي أمره بلغته الأولى. ويجب أن يُشرَح للمعمِل بوضوح إمكانية اختياره لأي من الخيارات المتاحة أو عدم اختيار أي منها.

أصرِّح أنا، _____، لـ (اسم منظمك) بإطلاع الآخرين على المعلومات التي تخص الحادثة التي أبلغتهم عنها وفقاً لما يلي:

1. أدرك أنني بمنحي التفويض أدناه، أُمْنَح (اسم منظمك) إذناً بإطلاع مقدمي الخدمة (أو الخدمات) المشار إليهم، على معلومات محددة تخص الحالة مستقاة من تقرير الحادثة، حتى أتمكن من الحصول على المساعدة فيما يخص احتياجاتي الأمنية و/أو الصحية و/أو النفسية و/أو القانونية.

أدرك أن المعلومات المتبادلة ستعامل بسرية واحترام، ولا تتداول إلا وفقاً لما تمليه الحاجة لتوفير المساعدة التي أطلبها.

أدرك أن الإفصاح عن هذه المعلومات يعني أن شخصاً ما من الهيئة أو الخدمة المختارة أدناه قد يحضر للحديث معي. وأحتفظ بحقي، في أي مرحلة من المراحل، في أن أغير رأيي بشأن تبادل المعلومات مع المنظمة/جهة التنسيق المبينة أدناه.

أود أن يفصح عن المعلومات للجهات التالية:
(ضع علامة على كل ما ينطبق، وحدد الاسم، والمرفق، والوكالة/المنظمة كما ينطبق)

- الخدمات الأمنية (حدِّد): _____
- الخدمات النفسية (حدِّد): _____
- الخدمات الصحية/الطبية (حدِّد): _____
- ملجأ آمن/ مركز إيواء (حدِّد): _____
- خدمات المساعدة القانونية (حدِّد): _____
- خدمات الحماية (حدِّد): _____
- خدمات سبل العيش (حدِّد): _____
- حدِّد نوع الخدمة والاسم والوكالة (غير ذلك): _____

1. يضع العميل علامة على التفويض: نعم لا
(أو الوالد/ولي الأمر إذا كان العميل تحت 18 عاماً)

2. أخطت علمًا باحتمال تبادل بعض المعلومات التي لا تكشف عن الهوية لأغراض التقارير. أي من المعلومات المتبادلة لن تخصني أو تخص الحادثة التي وقعت لي بالتحديد. لن يتمكن أحد من التعرف علي بناءً على المعلومات المتبادلة. أدرك أن المعلومات المتبادلة ستعامل بسرية واحترام.

2. يضع العميل علامة على التفويض: نعم لا
(أو الوالد/ولي الأمر إذا كان العميل تحت 18 عاماً)

توقيع/بصمة العميل _____ :

(أو الوالد/ولي الأمر إذا كان العميل تحت 18 عاماً)

رمز أخصائي الحالة: _____ التاريخ: _____

معلومات خاصة بإدارة الحالة
(اختياري - احذفه إن لم يكن لازماً)

اسم العميل: _____

اسم مقدم الرعاية (إذا كان الناجي قاصراً): _____

رقم الاتصال: _____

المعسكر: _____

رقم القسم: _____

رقم المنزل: _____

رقم الأمم المتحدة: _____

(أضف هنا أسئلة تخص رمز الناجي في بلدك)

لمزيد من الشرح انظر وثيقة "إنشاء رمز للناجي"

يُرجى ملاحظة

يجب شرح نموذج الموافقة في بداية اجتماعك مع الناجي ومثله بعد استكمال نموذج الاستقاء.

لا ترفق نموذج الموافقة بنموذج الاستقاء مباشرة. بل يجب تخزينه منفصلاً لضمان السرية للعميل.



نموذج استقاء المعلومات والتقييم المبدئي

1- يُملأ هذا النموذج بمعرفة مدير حالة أو ممارس صحي أو أخصائي اجتماعي أو شخص آخر مخوّل بتقديم الخدمات للناجي	تعليمات
2- لاحظ أن جميع الأسئلة المتبوعة بعلامة النجمة * لا بد أن تظل في نموذج استقاء المعلومات ولا بد من الإجابة عليها. فهذه الأسئلة جزء من الحد الأدنى من مجموعة البيانات اللازم معرفتها عن العنف القائم على النوع الاجتماعي. بعض الأسئلة متبوعة بعلامة النجمة* ودائرة 0؛ وهي قابلة للتخصيص، ويقصد بالنص المائل في هذه الحقول وجوب تخصيص هذا النص وفقاً لكل سياق وإمكانية تعديله. الأسئلة التي لا تحمل علامة يمكن لوكالتك تعديلها أو حذفها إذا لم تكن ضرورية للبرنامج و/أو إدارة الحالة.	
3- ما لم يُنص على خلاف ذلك، ضع علامة أمام إجابة واحدة فقط لكل سؤال.	
4- نرجو ألا تجد حرجاً في إضافة أي عدد من الأسئلة لهذا النموذج وفقاً للحاجة فيما لديك من سياق و/أو إرفاق المزيد من الصفحات لاستكمال السرد إذا لزم الأمر.	

قبل بدء المقابلة، تأكد من فضلك من تذكير العميل بأن جميع المعلومات المقدمة ستبقى سرية، وأن بإمكانه اختيار عدم الإجابة على أي من الأسئلة التالية.

1- معلومات إدارية	
الرقم التعريفي للحادثة*:	الرقم الرمزي للناجي:
رمز أخصائي الحالة:	رمز أخصائي الحالة:
تاريخ المقابلة (يوم/شهر/سنة)*:	تاريخ الحادثة (يوم/شهر/سنة)*:
<input type="checkbox"/> المُبلغ هو الناجي أو مرافقه مع وجود الناجي أثناء الإبلاغ* (ستُدخل هذه الحوادث في مسجّل الحوادث)	
<input type="checkbox"/> المُبلغ هو شخص غير الناجي أو مرافقه مع عدم وجود الناجي أثناء الإبلاغ (لن تُدخّل هذه الحوادث في مسجّل الحوادث)	

2- معلومات عن الناجي	
تاريخ الميلاد (قرب إذا لزم الأمر)*:	الجنس*: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
بلد المنشأ* 0:	<input type="checkbox"/> وضع أسماء الدول هنا <input type="checkbox"/> إلخ.
الجنسية (إذا كانت غير بلد المنشأ):	<input type="checkbox"/> إلخ.
الحالة المدنية / الاجتماعية الحالية*:	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج / له رفيق
عدد الأطفال والقصر الآخرين وأعمارهم:	
المهنة:	
حالة التشرد في وقت التقرير*:	
<input type="checkbox"/> مقيم <input type="checkbox"/> عائد	<input type="checkbox"/> مشرّد داخلياً <input type="checkbox"/> أجنبي
<input type="checkbox"/> هل العميل ذو إعاقة؟* <input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> إعاقة ذهنية <input type="checkbox"/> إعاقة جسدية <input type="checkbox"/> كلاهما
هل العميل طفلٌ غير مصحوب أو منفصل أو طفل مستضعف على نحو آخر؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> طفل غير مصحوب <input type="checkbox"/> طفل منفصل <input type="checkbox"/> طفل مستضعف على نحو آخر
القسم الفرعي للناجين الأطفال (أقل من 18 عاماً)	
إذا كان الناجي طفلاً (أقل من 18 عاماً) فهل يعيش بمفردها؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (إذا كانت الإجابة بـ"لا"، أجب عن الأسئلة الثلاثة التالية)
إذا كان الناجي يعيش مع شخص ما، فما العلاقة بينه وبين من يعتني به؟	<input type="checkbox"/> الوالد / ولي الأمر <input type="checkbox"/> أحد الأقرباء <input type="checkbox"/> زوج / رفيق <input type="checkbox"/> غير ذلك:
ما هي الحالة الاجتماعية الحالية لمقدم الرعاية؟	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج / له رفيق <input type="checkbox"/> مطلق / منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> غير معلوم/لا ينطبق
ما مهنة مقدم الرعاية الأساسية:	

3- تفاصيل الحادثة

تقرير عن الحادثة/وصف الحادثة (لخص تفاصيل الحادثة وفقاً لرواية العميل)

--	--

مرحلة التشرّد وقت وقوع الحادثة*:

- غير مشرد / من المجتمع المحلي
 قبل التشرّد
 أثناء الفرار
 أثناء اللجوء
 أثناء العودة / العبور
 بعد التشرّد
 غير ذلك:

الوقت من اليوم الذي وقعت فيه الحادثة*:

- صباحاً (من طلوع الشمس وحتى الظهر)
 عصرًا (من الظهر وحتى الغروب)
 مساءً/ليلاً (من الغروب وحتى طلوع الشمس)
 غير معروف/لا ينطبق

موقع الحادثة / أين وقعت الحادثة*:

- (خصص خيارات الموقع بإضافة علامات اختيار جديدة أو حذف بعضها وفقاً لموقعك)
 منطقة شجيرات / غابة
 حديقة / حقل مزروع
 مدرسة
 طريق
 في منزل العميل
 في منزل مرتكب الحادثة المدعى عليه
 غير ذلك (أذكر التفاصيل)

المنطقة التي وقعت فيها الحادثة*:

- ضع أسماء المناطق هنا
 الخ.
 الخ.
 الخ.
 الخ.
 غير ذلك (حدد):

المنطقة الفرعية التي وقعت فيها الحادثة*:

- ضع أسماء المناطق الفرعية هنا
 الخ.
 الخ.
 الخ.
 الخ.
 غير ذلك (حدد):

المعسكر/البلدة/الموقع:

- ضع أسماء المعسكرات/البلدات/المواقع هنا
 الخ.
 الخ.
 الخ.
 الخ.
 غير ذلك (حدد):

3- تفاصيل الحادثة تابع

<p>1. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنه ولو جاً؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنّف الحادثة على أنها "اغْتصاب". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالي في القائمة.</p> <p>2. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنه اتصالاً جنسياً غير مرغوب فيه؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنّف الحادثة على أنها "اعتداء جنسي". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالي في القائمة.</p> <p>3. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنه اعتداءً جنسياً؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنّف الحادثة على أنها "اعتداء جنسي". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالي في القائمة.</p> <p>4. هل كانت الحادثة واقعة زواج قسري؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنّف الحادثة على أنها "زواج قسري". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالي في القائمة.</p> <p>5. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنها حرماناً من الموارد أو الفرص أو الخدمات؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنّف الحادثة على أنها "حرمان من الموارد أو الفرص أو الخدمات". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالية في القائمة.</p> <p>6. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنه إساءة المعاملة النفسية/العاطفية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنّف الحادثة على أنها "إساءة معاملة نفسية/عاطفية". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالية في القائمة.</p> <p>7. هل الحادثة المبلغ عنها حالة من حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← ابدأ مرة ثانية عند الرقم 1 وحاول إعادة تصنيف الحادثة (إذا كنت حاولت تصنيف الحادثة عدة مرات، اطلب من المشرف عليك مساعدتك في تصنيف الحادثة). إذا كانت الإجابة بلا ← صنّف الحادثة على أنها "عنف غير قائم على النوع الاجتماعي".</p>	<p>نوع العنف في الحادثة*: (يرجى مراجعة نظام تصنيف الحادثة التابع لنظام إدارة معلومات العنف القائم على النوع الاجتماعي واختيار نوع واحد فقط)</p> <p><input type="checkbox"/> اغتصاب (يتضمن الاغتصاب الجماعي، والاعتصاب الزوجي)</p> <p><input type="checkbox"/> اعتداء جنسي (يتضمن محاولة الاغتصاب وجميع أشكال العنف/الاستغلال الجنسي بدون ولوج، وبتن/تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى).</p> <p><input type="checkbox"/> اعتداء جنسي (يتضمن الضرب والصفع والركل والدفع وغير ذلك مما ليس له طابع جنسي)</p> <p><input type="checkbox"/> زواج قسري (يتضمن الزواج المبكر)</p> <p><input type="checkbox"/> حرمان من الموارد والفرص والخدمات</p> <p><input type="checkbox"/> إساءة المعاملة النفسية / العاطفية</p> <p><input type="checkbox"/> عنف غير قائم على النوع الاجتماعي (حدّد)</p> <p>ملحوظة: لن تسجّل هذه الحوادث في مسجّل الحوادث</p> <hr/> <hr/>
<p>هل تم تبادل مال و/أو سلع و/أو منافع و/أو خدمات فيما يتعلق بهذه الحادثة*؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>هل كانت هذه الحادثة ممارسة تقليدية ضارة*؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>نوع الممارسة <input type="checkbox"/> نوع الممارسة نوع الممارسة <input type="checkbox"/> نوع الممارسة نوع الممارسة <input type="checkbox"/> نوع الممارسة</p>
<p>نوع الاختطاف وقت الحادثة*: <input type="checkbox"/> بدون <input type="checkbox"/> تجنيد إجباري <input type="checkbox"/> متّجّر به <input type="checkbox"/> نوع آخر من الاختطاف</p>	
<p>هل أبلغ العميل عن هذه الحادثة في أي مكان آخر*؟ إذا كانت الإجابة بنعم، اختر نوع مقدم الخدمة الذي أبلغ العميل لديه ودوّن اسمه؛ (اختر جميع الإجابات التي تنطبق)..</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات صحية/طبية _____</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات نفسية/وعظ _____</p> <p><input type="checkbox"/> الشرطة/جهة أمنية أخرى _____</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات المساعدة القانونية _____</p> <p><input type="checkbox"/> برنامج سبل العيش _____</p> <p><input type="checkbox"/> ملجأ آمن/ مركز إيواء _____</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك (حدّد) _____</p>	
<p>هل تعرض العميل لأي حوادث عنف قائم على النوع الاجتماعي في الماضي*؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا كانت الإجابة بنعم، أرفق وصفاً موجزاً:</p>	

4- معلومات عن مرتكب الحادثة المدعى عليه

عدد مرتكبي الحادثة المدعى عليهم*: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> أكثر من 3 <input type="checkbox"/> غير معروف
جنس مرتكب/مرتكبي الحادثة المدعى عليهم*: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> مرتكبو الحادثة كانوا ذكورا وإناثا
جنسية مرتكب الحادثة المدعى عليه: <input type="checkbox"/> قبيلة أو عرق مرتكب الحادثة المدعى عليه:
الفئة العمرية لمرتكب الحادثة المدعى عليه* (إذا كانت معلومة أو يمكن تقديرها): <input type="checkbox"/> 11 - 0 <input type="checkbox"/> 17 - 12 <input type="checkbox"/> 25 - 18 <input type="checkbox"/> 40 - 26 <input type="checkbox"/> 60 - 41 <input type="checkbox"/> +61 <input type="checkbox"/> غير معروف
علاقة مرتكب الحادثة المدعى عليه بالناجي*: (حدد أول اختيار ينطبق) <input type="checkbox"/> شريك حميم / شريك سابق <input type="checkbox"/> مقدم الرعاية الرئيسي <input type="checkbox"/> من العائلة بخلاف الزوج أو مقدم الرعاية <input type="checkbox"/> مشرف / صاحب العمل <input type="checkbox"/> زميل دراسة <input type="checkbox"/> معلم / مسؤول بمدرسة <input type="checkbox"/> مقدم خدمة <input type="checkbox"/> مشارك في الإيجار / زميل في السكن <input type="checkbox"/> صديق للعائلة / جار <input type="checkbox"/> لاجئ / شخص مشرد داخليا / عائد آخر <input type="checkbox"/> عضو آخر من المجتمع المقيم <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> لا توجد علاقة <input type="checkbox"/> غير معروف
المهنة الرئيسية لمرتكب الحادثة المدعى عليه (إن كانت معلومة)*: (خصص خيارات المهنة بإضافة علامات اختيار جديدة أو حذف بعضها وفقاً لموقعك) <input type="checkbox"/> مزارع <input type="checkbox"/> تاجر/صاحب عمل <input type="checkbox"/> زعيم ديني <input type="checkbox"/> موظف بمنظمة أهلية <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> مسلح غير تابع <input type="checkbox"/> معلم <input type="checkbox"/> متطوع من المجتمع <input type="checkbox"/> عاطل <input type="checkbox"/> موظف دولة <input type="checkbox"/> للدولة/متمرد/ميليشيا <input type="checkbox"/> موظف بالأمم المتحدة <input type="checkbox"/> عامل في المجال <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> شرطي <input type="checkbox"/> مسؤول أمني <input type="checkbox"/> موظف بمنظمة غير حكومية <input type="checkbox"/> صحي <input type="checkbox"/> عسكري من جيش الدولة <input type="checkbox"/> قائد المجتمع المحلي أو المعسكر

5- الإجراءات المخطط له/الإجراء المتخذ: أي إجراء/ نشاط بخصوص هذا التقرير

من أحوال هذا العميل إليك*? <input type="checkbox"/> الخدمات الصحية/الطبية <input type="checkbox"/> الخدمات النفسية/الو عظ <input type="checkbox"/> الشرطة/ جهة أمنية أخرى <input type="checkbox"/> خدمات المساعدة القانونية <input type="checkbox"/> برنامج سبل العيش <input type="checkbox"/> إحالة ذاتية/ أول نقطة اتصال <input type="checkbox"/> معلم/مسؤول بمدرسة <input type="checkbox"/> قائد المجتمع المحلي أو المعسكر <input type="checkbox"/> ملجأ آمن/مركز إيواء <input type="checkbox"/> فاعل آخر في المجال الإنساني أو التنموي <input type="checkbox"/> خدمة حكومية أخرى <input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد)	هل أحلت العميل إلى ملجأ آمن/مركز إيواء*? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة 'لا'، فَمَ لا؟* <input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك <input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل <input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق <input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة <input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة
تاريخ الإبلاغ أو الموعد التالي (يوم/شهر/سنة) والوقت: الاسم والموقع: ملاحظات (تتضمن الإجراء المتخذ أو الموصى باتخاذها):	هل أحلت العميل إلى الخدمات الصحية/الطبية*? <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة 'لا'، فَمَ لا؟* <input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك <input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل <input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق <input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة <input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة
تاريخ الإبلاغ أو تاريخ الموعد القادم الوقت والتاريخ: الاسم والموقع: موعد المتابعة الوقت والتاريخ: ملاحظات (تتضمن الإجراء المتخذ أو الموصى باتخاذها):	

<p>تاريخ الإبلاغ أو الموعد التالي (يوم/شهر/سنة) والوقت:</p> <p>الاسم والموقع:</p> <p>ملاحظات (تتضمن الإجراء المتخذ أو الموصى باتخاذ):</p>	<p>هل أخلت العميل إلى الخدمات النفسية؟*</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة 'لا'، فلم لا؟*</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق</p> <p><input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة</p>
<p><input type="checkbox"/> لم يستقر على رأي في وقت إعداد التقرير</p>	<p>هل يرغب العميل في اتخاذ الإجراءات القانونية؟* <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p>
<p>تاريخ الإبلاغ أو الموعد التالي (يوم/شهر/سنة) والوقت:</p> <p>الاسم والموقع:</p> <p>ملاحظات (تتضمن الإجراء المتخذ أو الموصى باتخاذ):</p>	<p>هل أخلت العميل إلى المساعدة القانونية؟*</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة 'لا'، فلم لا؟*</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق</p> <p><input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة</p>
<p>تاريخ الإبلاغ أو الموعد التالي (يوم/شهر/سنة) والوقت:</p> <p>الاسم والموقع:</p> <p>ملاحظات (تتضمن الإجراء المتخذ أو الموصى باتخاذ):</p>	<p>هل أخلت العميل إلى الشرطة أو إلى جهة أمنية أخرى؟*</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة 'لا'، فلم لا؟*</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق</p> <p><input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة</p>
<p>تاريخ الإبلاغ أو الموعد التالي (يوم/شهر/سنة) والوقت:</p> <p>الاسم والموقع:</p> <p>ملاحظات (تتضمن الإجراء المتخذ أو الموصى باتخاذ):</p>	<p>هل أخلت العميل إلى برنامج لسبل العيش؟*</p> <p><input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة 'لا'، فلم لا؟*</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق</p> <p><input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة</p>

