



RONALD McDONALD HOUSE<sup>®</sup>  
ROCHESTER, MN

إن مهمة منزل رونالد ماكدونالد (RMH) هي خدمة العوائل من مختلف أنحاء البلاد ومن جميع أنحاء العالم الذين يتلقون حالياً الرعاية الطبية لأطفالهم. إن سياسة RMH وبرامجها هي معاملة العوائل الضيوف و الآخرين بعدل ورحمة وبدون تمييز.

مطلوب من العوائل وضيوفهم الحفاظ على الجو البيئي والخالي من التوتر في المنزل قدر الإمكان. يُتوقع من الجميع التفاعل بطريقة إيجابية و معاملة الآخرين بعدل و برحمة وبدون تمييز.

#### المتطلبات:

- يجب أن يستمر المريض والعائلة بتلبية المتطلبات العامة لـ RMH المتعلقة بالأهلية أثناء إقامتهم.
- 1. يجب أن يكون المريض يتلقى رعاية طبية ضرورية مستمرة كمريض داخلي أو عناية نشطة كمريض للعيادات الخارجية (الحد الأدنى 4 مواعيد في الأسبوع). يتوجب عليك تزويدنا بجدول مواعيد طفلك اسبوعياً.
- 2. يجب أن يكون عمر المريض 18 عاماً أو أصغر.
- 3. لا يمكن أن تكون العوائل مقيمة في مقاطعة أو لمستيد لطول مدة الإقامة.
- 4. يجب ان يكون لدى المرضى أوصياء بالغين أو مقدمي رعاية معهم أثناء إقامتهم بالكامل.
- يجب أن يكون أي شخص سوف يقيم في المنزل أو أي زائر خالي من الأمراض المعدية لمدة 21 يوماً. إذا أصيب أي شخص مقيم في المنزل بالمرض، يرجى إبلاغ مدير المنزل فوراً.
- الإقامة المؤقتة في RMH هي إمتياز وليست حق.

#### السلامة والأمن:

- لن يتم التسامح مع سلوك عدم الاحترام أو التمييز أو غير الامن أو الاضطرابي أو المسيء أو العدوانى أو الموحى أو الجنسي أو الغير قانوني (بما في ذلك عرض أو الاستماع للصور أو الرسائل).
- لا يسمح للكحول أو المخدرات غير القانونية أو الأسلحة النارية أو السكاكين أو غيرها من الأسلحة ولايسمح بالنيران المكشوفة (الشموع و البخور و عيدان الثقاب و الولاعات و الخ) في أي وقت.
- **التدخين** غير مسموح في المنزل أو في محيط المنزل. يرجى إحترام ملكية الجيران وعدم التدخين عليها.
- RMH غير مسؤولة عن الممتلكات الشخصية المتروكة في المنزل أو على ملكية المنزل أو في السيارات. أنا / نحن نتنازل عن أي وجميع حقوق رفع دعوى ضد RMH في حالة حدوث ضرر أو سرقة أو فقدان الممتلكات الخاصة بك.
- لدى موظفين RMH الحق في دخول وفحص غرف الضيوف في أي وقت.
- يجب على جميع الزوار تسجيل الدخول في مكتب الإستقبال ثم يُستقبلون من قبل العائلة المضييفة في ردهة الإستقبال والمغادرة قبل الساعة 9:00 مساءً. أنت مسؤول عن سلوك زوارك أثناء زيارتهم.

#### متطلبات الأهل:

- لا يمكن ترك المرضى 18 عاماً والأصغر سناً وأي أطفال آخرين تحت سن 18 عاماً بمفردهم في المنزل. يرجى الملاحظة إنه لا يسمح لعوائل الضيوف الآخرين أو المتطوعين أو الموظفين مراقبة أطفالك.
- يجب أن يكون الاطفال تحت إشراف أحد الوالدين أو الوصي في كل الاوقات.
- RMH لا تتحمل مسؤولية الأطفال الغير خاضعين للرقابة.
- من المتوقع من الآباء / مقدمي الرعاية أن يكونوا مشاركين فعالين في رعايات طفلهم (حضور المواعيد وقضاء بعض الوقت في المستشفى مع المريض و الخ).
- في محاولة لدعم العوائل المستضافة، بعد مرور 30 يوماً من كونك ضيف في المنزل سيتواصل معك مدير المنزل لضمان تلبية الإحتياجات الخاصة بك بأفضل قدراتنا.
- يسمح للعوائل ترك RMH لمدة 2 ليال متتالية خلال إقامة أسبوع بدون تسجيل الخروج.

### المعيشة في المجتمع:

- يطلب من العوائل التنظيف بعد استخدام أي منطقة عامة.
- ساعات الهدوء هي من الساعة 10:00 مساءً وحتى الساعة 08:00 صباحاً من كل يوم. وهذا يشمل المناطق العامة وغرفة الضيوف الخاصة بك.
- يرجى أن تحترم جميع الضيوف والمتطوعين والموظفين في منزل رونالد ماكديونالد. اللطافة متوقعة من الجميع في المنزل.
- يطلب من العوائل تنظيف غرفهم الخاصة قبل تسجيل الخروج من المنزل. في حالة الفشل في القيام بذلك قد يؤدي إلى عدم تمكن عائلتك من البقاء في المستقبل.

### خصوصية الزائر:

- RMH قد يتبادل المعلومات اللازمة مع عيادة مايو أو مع منظمة الخدمة الإنسانية أو السلطة القانونية أو المنظمات الأخرى لتسهيل خدمة الحالات الفريدة أو احتياجات عائلتك. من خلال توقيع هذا أنت تصرح بتبادل المعلومات من أجل تلبية احتياجات عائلتك.
- RMH يطلب من الضيوف احترام خصوصية العوائل الزائرة الأخرى أو الزوار في جميع الأوقات بما في ذلك استخدام وسائل التواصل الاجتماعي.

من خلال توقيع هذه الاتفاقية، أنا/ نحن نفهم ونوافق على ما يلي:

- (1) على الالتزام بهذه القواعد والتوقعات والسياسات المعمول بها وإبلاغ عائلتي وزواري بها.
- (2) إذا طفلي / عائلتي لا تلبى شروط الأهلية العامة و / أو إذا فشلنا في الالتزام بقواعد المنزل أو التوقعات أو السياسات المعمول بها، قد يُطلب منا مغادرة المنزل.

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الأحرف الأولية للموظف: \_\_\_\_\_  
الاسم كتابياً: \_\_\_\_\_

### الموافقة الإعلامية:

- أنا / نحن اعطي موافقتي لإستخدام الصور والأشكال الأخرى من وسائل الإعلام التي اتخذت لعائلتي خلال إقامتنا في RMH و / أو خلال المشاركة في أنشطة RMH لاستخدامها للمضي قدماً في مهمة RMH.
- أنا / نحن اعطي موافقتي لاستخدام الصور والأشكال الأخرى من وسائل الإعلام لاستخدامها للمضي قدماً في مهمة RMH على وسائل التواصل الاجتماعي.
- أنا / نحن اعطي موافقتي للسماح ل RMH بمشاركة محتويات سجل الغرفة والأعمال الفنية والصور ورسائل الشكر ومحتويات وسائل الإعلام الإجتماعية للمضي قدماً في مهمة RMH.

□ أنا / نحن اعطي موافقتي الإعلامية □ أنا / نحن لا اعطي موافقتي الإعلامية

التوقيع: \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_ الاحرف الأولية للموظف: \_\_\_\_\_  
الاسم كتابياً: \_\_\_\_\_

رجاءاً اختر واحد من الخيارات التالية المتعلقة بالمعلومات الديموغرافية عن المريض الذي يسعى للعلاج:

- |                        |                               |                           |
|------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| السكان الاصليين ( )    | الامة الاولى ( )              | أخرى ( )                  |
| عربي/ الشرق الاوسط ( ) | من اصل اسباني ( )             | من جزر المحيط الهادىء ( ) |
| أسود/ أفريقي الاصل ( ) | لاتيني ( )                    | انا ارفض الاجابة ( )      |
| قوقازي ( )             | الماوري ( )                   |                           |
| الهند الشرقية ( )      | السكان الاصليين في امريكا ( ) |                           |