

اسم الطفل صاحب الأمنية:

الأخير

الأوسط

الأول

الاسم المفضل: _____ الجنس: ذكر أنثى وصف الذات _____

العمر: _____ تاريخ الميلاد: _____ مناقش تي شيرت الطفل صاحب الأمنية: _____

الحالة الطبية للطفل لصاحب الأمنية: _____

العنوان الرئيسي للطفل لصاحب الأمنية: _____

الهاتف المحمول للطفل لصاحب الأمنية، إن وجد: (_____)

البريد الإلكتروني للطفل لصاحب الأمنية، إن وجد: _____

مفضلاتي:

_____	الموسيقى/المغني	_____	اللون
_____	الهواية	_____	الكتاب/القصة
_____	الأفلام	_____	الألعاب
_____	البرامج	_____	الطعام
_____	الممثل/الممثلة	_____	المطاعم
_____	الرياضة / الرياضي	_____	الكيك / الحلوى
_____	الحيوانات الأليفة	_____	الوجبات تاخفية
_____	غير ذلك	_____	الفصل الدراسي في المدرسة

عندما أكون بالخارج، أحب أن ...

عندما أكون داخل المنزل، أحب أن ...

الإلكترونيات / الألعاب التي أحب اللعب بها هي ...

عندما أكون مع عائلتي، أحب أن ...

عندما أكون مع أصدقائي، أحب أن ...

ملاحظة المتطوع: يرجى معرفة تفاصيل حول كل فكرة خاصة بالأمنية عبر عنها الطفل صاحب الأمنية. يتم توفير مساحة لمعرفة ما يصل إلى أربعة أفكار، ولكن جميع الأفكار الأربعة غير مطلوبة. يجب تحديد فكرتين على الأقل (التأكد من أن فكرة واحدة لا تتضمن السفر و / أو التجمعات الكبيرة).

فكرة الأمنية:

لماذا

لماذا هي مهمة بالنسبة لك؟

ما/ ماذا

ماذا تحب أن تفعل؟ ما الذي يبدو عليه؟

كيف

كيف سمعت عنها؟

أخبرني أكثر - أخبرني بكل شيء تعرفه عنها.

فكرة الأمنية:

لماذا

لماذا هي مهمة بالنسبة لك؟

ما/ ماذا

ماذا تحب أن تفعل؟ ما الذي يبدو عليه؟

كيف

كيف سمعت عنها؟

أخبرني أكثر - أخبرني بكل شيء تعرفه عنها.

فكرة الأمنية:

لماذا

لماذا هي مهمة بالنسبة لك؟

ما/ ماذا

ماذا تحب أن تفعل؟ ما الذي يبدو عليه؟

كيف

كيف سمعت عنها؟

أخبرني أكثر - أخبرني بكل شيء تعرفه عنها.

فكرة الأمنية:

لماذا

لماذا هي مهمة بالنسبة لك؟

ما/ ماذا

ماذا تحب أن تفعل؟ ما الذي يبدو عليه؟

كيف

كيف سمعت عنها؟

أخبرني أكثر - أخبرني بكل شيء تعرفه عنها.

اسم الطفل صاحب الأمنية: _____

الاسم الأول	الاسم الأوسط	لقب العائلة
-------------	--------------	-------------

الوالد/الوصي القانوني للطفل صاحب الأمنية: _____

الاسم الأول	الاسم الأوسط	لقب العائلة
-------------	--------------	-------------

صلة القرابة بالطفل: _____ السن: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

هاتف المنزل: (____) _____ هاتف العمل: (____) _____

الهاتف المحمول: (____) _____ البريد الإلكتروني: _____

الوالد/الوصي القانوني للطفل صاحب الأمنية: _____

الاسم الأول	الاسم الأوسط	لقب العائلة
-------------	--------------	-------------

صلة القرابة بالطفل: _____ السن: _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

هاتف المنزل: (____) _____ هاتف العمل: (____) _____

الهاتف المحمول: (____) _____ البريد الإلكتروني: _____

أمنيات سابقة: هل تم تحقيق أية أمنية سابقة لطفلك بواسطة مؤسسة Make-A-Wish® أو أية مؤسسة أخرى لتحقيق الأمنيات؟
 نعم * لا. * إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى توضيح اسم المؤسسة، وذكر الأمنية، والتاريخ الذي تحققت، أو سيتم تحقيقها، فيه.

أمنية تقدمت بها لمؤسسة أخرى، ولم يتم تحقيقها قبل إكمال التجربة مع مؤسسة تحقيق الأمنيات.

وسائط التواصل الاجتماعي: تود مؤسسة Make-A-Wish التواصل عن طريق وسائط التواصل الاجتماعي. في حالة الاهتمام بذلك، يُرجى تقديم معلومات الاتصال الخاصة بكل موقع تتصفحه بنشاط.

التوقيعات المطلوبة

أدرك وأوافق على:

- لم يتم تقديم أية وعود أو ضمانات لي مهما كانت بواسطة أي ممثل Make-A-Wish بخصوص منح أمنية لطفلي؛
 - تحقيق أية أمنية ومشاركة أي شخص في أميبي يتم حسمه بناء على موافقة Make-A-Wish، وطبيب الطفل، وكذلك التوافق التام مع كل الشروط والمؤهلات والقيود المفروضة من جانب مؤسسة Make-A-Wish؛
 - كل الأشخاص من ذوي الحقوق الأبوية أو الوصاية الخاصة بالطفل يعطون الإذن لحصول الطفل على الأمنية قبل منحها له، كما يجب أن يوقعوا كل المستندات الضرورية؛ و
 - قد يؤثر تحقيق الأمنية على إمكانية التأهل للمساعدة و/أو الإعانات العامة.
- أنعهد بأن المعلومات المقدمة مني صحيحة وكاملة، وفقاً لأفضل معلوماتي واعتقادي.

التاريخ

توقيع الوالد/الوصي القانوني

التاريخ

توقيع الوالد/الوصي القانوني

يُرجى كتابة الاسم بخط واضح

يُرجى كتابة الاسم بخط واضح

ملاحظة: في حالة وجود شكوك حول المعاني في اللغة المستخدمة هنا، فإن النسخة الإنجليزية هي التي تسود.

أسماء ممثلي Make-A-Wish الذين يساعدون في إكمال هذا النموذج.

المشاركون المطلوبون في تحقيق الأمنية، وفقاً لتحديد الطفل صاحب الأمنية. يُرجى إدراج أسماء كل المشاركين المطلوبين في تحقيق الأمنية، والمعلومات المتعلقة بهم. ملاحظة: لا يمكن لـ Make-A-Wish ضمان مشاركة أي شخص (أشخاص) من المدرجة أسماؤهم بأسفل.

مقاس التيشيرت	تاريخ الميلاد	علاقته بالطفل صاحب الأمنية	لقب العائلة	الاسم الأوسط	الاسم الأول

هل يقيم كل المشاركين المطلوبين في تحقيق الأمنية، مع الطفل صاحب الأمنية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "لا"، قم بإدراج الاسم الكامل لأي مشارك مطلوب في تحقيق الأمنية، ولا يقيم مع الطفل صاحب الأمنية. يُرجى توضيح تفاصيل ترتيبات المعيشة والظروف الخاصة لأي مشارك مطلوب في تحقيق الأمنية، ولا يقيم مع الطفل صاحب الأمنية.

هل يوجد لدى المشارك المطلوب في تحقيق الأمنية احتياجات طبية؟ نعم لا
إذا كانت الإجابة "نعم"، قم بإدراج الاسم الكامل لأي مشارك مطلوب في تحقيق الأمنية، ولديه احتياجات طبية. قد تكون هناك حاجة لتقديم معلومات إضافية.

جهة اتصال راشدة للطوارئ (غير مشارك في تحقيق الأمنية):

لقب العائلة

الاسم الأوسط

الاسم الأول

علاقته بالطفل صاحب الأمنية:

الهاتف: ()

البريد الإلكتروني:

الأصل العرقي للطفل: المعلومات التالية اختيارية وسيتم استخدامها للأغراض الإحصائية فقط. يجب أن يتم تقديم الإجابة بواسطة الطفل، أو أحد والديه/الوصي إذا فضل أن يقوم بذلك.
 من أصل إسباني أو لاتيني - شخص من أصل كوبي أو مكسيكي أو بورتوريكي أو أمريكي الجنوبية أو الوسطى أو ثقافة أو أصل إسباني آخر، بغض النظر عن العرق.

أبيض - شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية في أوروبا أو الشرق الأوسط أو شمال إفريقيا.

أسود أو أمريكي من أصل أفريقي - شخص له أصول في أي من المجموعات العرقية السوداء في أفريقيا.

سكان هاواي الأصليين أو جزر المحيط الهادئ الأخرى - شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية في هاواي أو غوام أو ساموا أو جزر المحيط الهادئ الأخرى.

آسيوي - شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية في الشرق الأقصى أو جنوب شرق آسيا أو شبه القارة الهندية، بما في ذلك على سبيل المثال: كمبوديا، الصين، الهند، اليابان، كوريا، ماليزيا، باكستان، جزر الفلبين، تايلاند، وفيتنام.

أمريكي أصلي أو مواطن أصلي من ألاسكا - شخص له أصول في أي من الشعوب الأصلية لأمريكا الشمالية والجنوبية (بما في ذلك أمريكا الوسطى)، والذي يحافظ على انتمائه القبلي أو ارتباطه المجتمعي.

اثنان أو أكثر من الأعراق - شخص ينتمي بالأساس إلى فئتين أو أكثر من فئات العرق / الأصل العرقي المذكورة أعلاه.

أختار عدم تحديد هويتي

اسم الطفل صاحب الأمانة:

الاسم الأول

الاسم الأوسط

لقب العائلة

تحديد موعد للأمانة

يُرجى تحديد ثلاث فترات زمنية تكون أسرتك متواجدة فيها بأفضل شكل لتحقيق الأمانة.

_____ أو _____ أو _____
الشهر/العام الشهر/العام الشهر/العام

هل هناك أية أحداث في ترتيبات أسرتك (علاجات طبية وشيكة، التزامات مدرسية أو في العمل، عطلات مخطط لها، أو غيرها). قد تؤثر على قدرتك على المشاركة في الأمانة؟

نعم (يُرجى سرد التفاصيل بأسفل) لا

معلومات هوية السائق

تنطوي العديد من الأمنيات على استخدام سيارة مؤجرة. لهذا السبب، يُرجى تحديد السائق الأساسي أو المحتمل، والذي قد يقوم بالقيادة أثناء تحقيق الأمانة. يُرجى تقديم نسخة ضوئية من رخصة قيادة سارية.

السائق الأساسي، الاسم كما يظهر على الرخصة: _____
رخصة القيادة السارية #: _____ الولاية: _____ تاريخ الانتهاء: _____

السائق المحتمل، الاسم كما يظهر على الرخصة: _____
رخصة القيادة السارية #: _____ الولاية: _____ تاريخ الانتهاء: _____

هل لديك تأمين حالي على السيارة؟ نعم لا

هل يوفر التأمين على سيارتك التغطية أثناء استخدام سيارة مؤجرة؟ نعم لا

هل تشعر أسرتك بالراحة تجاه قيادة سيارة مؤجرة، إذا تم التوصية بذلك لتحقيق الأمانة؟ نعم لا

هل هناك حاجة لمركبة يمكن ارتيادها بواسطة الكرسي المتحرك؟ نعم لا

المعلومات الطبية

يُرجى الاستيفاء بالكامل إذا كان أي مشارك لديه احتياجات طبية. يمكن إدراج التفاصيل المحددة في "الطلبات الإضافية".

ملاحظات	لا	نعم	الأسئلة الطبية
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يوجد لدى أي مشارك مطلوب قيود غذائية خاصة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى التوضيح.
h _____ w _____ d _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يحتاج أي مشارك مطلوب كرسي متحرك؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى ذكر حجم الكرسي المتحرك.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل ستحضر أسرتك الكرسي المتحرك الخاص بك؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل الكرسي المتحرك قابل للطي؟
بطارية جافة _____ بطارية ماء/جل _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يتحرك الكرسي المتحرك بالطاقة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى توضيح نوع البطارية.
أثناء النهار _____ أثناء الليل _____ لمدة 24 ساعة _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يحتاج أي مشارك مطلوب لأسطوانة أوكسجين؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى توضيح الفترة الزمنية.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يحتاج أي دواء للتخزين بالثلاجة؟
الساعات _____ اسم الهيئة _____ رقم الهاتف _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يحصل أي مشارك مطلوب حالياً على رعاية ترميضية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى توضيح عد الساعات، والهيئة ورقم الهاتف.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يعاني أي مشارك مطلوب من الحساسية تجاه الطعام أو المواد؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى توضيح الشخص ونوع الحساسية.
المشارك _____ المعدات _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يحتاج أي مشارك مطلوب لأي معدات طبية؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى سرد تفاصيل الشخص والمعدات المطلوبة.

طلبات إضافية: تعتمد أية طلبات إضافية على موافقة مكتب الفرع. إذا كانت هناك معدات طبية مطلوبة، يُرجى سرد التفاصيل الخاصة برقم الموديل المناسب، وجهة التصنيع، والمقاس، والأبعاد، وأي معلومات أخرى ذات صلة، إذا كان حاجة إليها أثناء السفر.

معلومات السفر

يُرجى الاستيفاء بالكامل إذا كانت الأمانة المطلوبة تتعلق بالسفر.

ملاحظات	لا	نعم	أسئلة السفر
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سافرت أسرتك مسبقاً عبر رحلات الطيران؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل هناك حاجة لمترجم؟
طفل _____ رضيع _____ صبي _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سيكون هناك حاجة لمقعد (مقاعد) في السيارة المؤجرة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى توضيح العدد والنوع.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل كل المشاركين المطلوبين قادرين على الوقوف أثناء إقلاع/هبوط الطائرة؟ إذا كانت الإجابة "لا"، يُرجى توضيح المشارك غير القادر على ذلك.
مفردة _____ مزدوجة _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سيكون هناك حاجة عربية مؤجرة؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، ما هو النوع؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل سيكون هناك حاجة لوسائل إقامة خاصة بالمعاقين؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يوجد لدى كل مشارك مطلوب جواز سفر ساري؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يوجد لدى كل مشارك مطلوب (سن 18 عاماً أو أكبر) هوية أمريكية فيدرالية أو صادرة من الولاية، وعليها صورته؟ إذا كانت الإجابة "نعم"، يُرجى تقديم نسخة من الهوية السارية لكل شخص.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يشمل التأمين الصحي الخاص بك التغطية عند السفر خارج الولاية؟
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	هل يوجد لدى أسرتك بطاقة انتماء أساسية سارية؟ سوف يتطلب الفندق، بطبيعة الحال، بطاقة انتماء للنفقات النثرية التي قد تحدث أثناء الإقامة. إذا لم يكن لديك بطاقة انتماء، يمكن القيام بترتيبات أخرى؛ إلا أن مؤسسة Make-A-Wish، سوف تحتاج لمعرفة ذلك بشكل مبكر.



**إعفاء من المسؤولية و
تفويض فيما يتعلق: المعلومات
الطبية والدعاية**

لقد طلب الموقعون أدناه من مؤسسة Make-A-Wish® في
_____، بالإضافة إلى مؤسسة Make-A-Wish في الولايات المتحدة
الأمريكية، وجميع الفروع المرخصة والشركات التابعة لها، والمتطوعين والمسؤولين والمديرين والموظفين والوكلاء
المعنيين (يُشار إليهم جميعًا باسم "Make-A-Wish")، تحقيق أمنية ("الأمنية") لـ
_____ ("الطفل صاحب الأمنية"). طلب الطفل صاحب الأمنية والأشخاص التالية
أسماءهم (يُشار إليهم جميعًا باسم "المشاركون") أن تسمح لهم مؤسسة Make-A-Wish بالمشاركة في الأمنية [اذكر
أسماء المشاركين المحتملين]: _____

—

يوقع المشاركون والآباء أو الأوصياء القانونيون للطفل صاحب الأمنية وأي مشاركين قاصرين على بيان الإعفاء من المسؤولية
والتفويض هذا بخصوص: المعلومات الطبية والدعاية ("الإعفاء والترخيص") لإلزام أنفسهم وأولادهم القصر وورثتهم وخلفائهم والمتنازل
لهم وممتلكاتهم بالشروط الموضحة هنا.

بيان الإعفاء من المسؤولية

يدرك المشاركون أن المشاركة في الأمنيات قد تنطوي على مخاطر إصابة أو ضرر للمشاركين ويوافقون على أن المشاركون
يتحملون هذا الخطر بالكامل. بالإضافة إلى ذلك، ومع مراعاة مؤسسة Make-A-Wish مع أخذ الأمنية بعين الاعتبار، وإذا تقرر ذلك،
يصرح المشاركون بموجب هذا ويوافقون على إبراء ذمة مؤسسة Make-A-Wish من وضد أي وجميع المسؤوليات والأضرار
والمطالبات ("المطالبات") من أي نوع، معروفة وغير معروفة، ناشئة عن أو مرتبطة بأي شكل من الأشكال بالنظر في أو الإعداد أو تحقيق
الأمنية، أو مشاركتهم في الأمنية، أو الدعاية المتعلقة بالأمنية. وهذا يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، المطالبات التي تنطوي على خسارة
اقتصادية أو مرض أو مشكلة طبية أو تفشي للمرض أو إصابة عرضية أو وفاة.

تفويض فيما يتعلق بـ: المعلومات الطبية

يقوم الآباء أو الأوصياء القانونيون للطفل صاحب الأمانة بما يلي: (1) منح الإذن لمؤسسة Make-A-Wish للحصول على جميع المعلومات الطبية الخاصة بالطفل صاحب الأمانة الذي تراه مؤسسة Make-A-Wish ضروريًا للنظر في الأمانة أو تحقيقها، (2) تخويل مؤسسة Make-A-Wish لمشاركة المعلومات حول الحالة الطبية للطفل صاحب الأمانة عند الضرورة لتحقيق الأمانة، (3) تفويض جميع مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك طبيب الطفل صاحب الأمانة، لتزويد مؤسسة Make-A-Wish بكل هذه المعلومات المتعلقة بالطفل صاحب الأمانة و (4) الموافقة على التوقيع على أي نماذج تفويض طبية إضافية قد يطلبها مقدمو الرعاية الصحية للطفل صاحب الأمانة.

يرجى العلم أن المجلس الطبي الوطني لـ Make-A-Wish، المتلزم بقواعد مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها (CDC) والأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP)، يوصي بشدة جميع المشاركين بأن يتلقوا تطعيمات كوفيد-19 الخاصة بهم قبل السفر والتجمعات الكبيرة.

الإذن الخاص بالدعاية

يدرك المشاركون ويوافقون على أن تحقيق أمنيته قد ينتج عنه بعض الدعاية، سواء اتخذت مؤسسة Make-A-Wish بنشاط خطوات للإعلان عن الأمانة أم لا. ومع ذلك، وإلى الحد الذي تتحكم فيه مؤسسة Make-A-Wish في الأمر، يُطلب من والدي الطفل صاحب الأمانة أو الأوصياء عليه قراءة البدائل الثلاثة التالية بعناية ثم اختيار البديل الأفضل لهم. [ملحوظة: من خلال التوقيع على هذا الإذن والتفويض، يوافق المشاركون (وأولياء أمور أي مشارك قاصر أو أولياء أمورهم) على الالتزام بـ "خيار الدعاية" الذي اختاره والدا الطفل صاحب الأمانة أو الأوصياء القانونيون عليه.]

□ الخيار 1 [الموافقة على الدعاية – مؤسسة Make-A-Wish فقط]: يصرح المشاركون لمؤسسة Make-A-Wish بنشر أمنيته واستخدام أسماء المشاركين وأصواتهم ومظاهرهم وصورهم والمعلومات الأخرى عن المشاركين والأمانة (بما في ذلك الحالة الطبية للطفل صاحب الأمانة)، سواء كانت مجسدة في الصور الفوتوغرافية والصور الرقمية وتسجيلات الفيديو أو التسجيلات الصوتية أو أي صيغة أخرى (يُشار إليها إجمالاً باسم "المعلومات")، لأغراض الترويج أو النشر أو الإعلان التجاري أو أي غرض آخر، الآن أو في أي وقت في المستقبل. يدرك المشاركون ويوافقون على أنه يجوز لمؤسسة Make-A-Wish، وفقًا لتقديرها الخاص، استخدام أي من هذه المعلومات: (1) في جميع الوسائل والوسائط، سواء كانت معروفة الآن أو فيما بعد (بما في ذلك الوسائط الإلكترونية والمطبوعة والإنترنت) في جميع أنحاء العالم إلى الأبد، (2) مع أو بدون أسماء المشاركين و / أو وصف الأمانة، (3) دون دفع أي تعويض لأي شخص، و (4) دون الحاجة إلى إخطار المشاركين أو السعي للحصول على موافقة أخرى قبل القيام بذلك.

الأحرف الأولى من والدي / أوصياء الطفل صاحب الأمانة في حالة
منح تصريح الدعاية لمؤسسة Make-A-Wish فقط:

□ الخيار 2 [الموافقة على الدعاية – مؤسسة Make-A-Wish والرعاية]: يصرّح المشاركون لمؤسسة Make-

A-Wish وجميع رعاية مؤسسة Make-A-Wish (“الرعاية”) باستخدام أسماء المشاركين وأصواتهم ومظاهرهم وصورهم والمعلومات الأخرى لأغراض الترويج أو النشر أو الإعلان التجاري أو أي غرض آخر، الآن أو في أي وقت في المستقبل. يدرك المشاركون ويوافقون على أنه يجوز لمؤسسة Make-A-Wish والرعاية، وفقاً لتقديرهم الخاص، استخدام أي من هذه المعلومات: (1) في جميع الوسائل والوسائط، سواء كانت معروفة الآن أو فيما بعد (بما في ذلك الوسائل الإلكترونية والمطبوعة والإنترنت) في جميع أنحاء العالم إلى الأبد، (2) مع أو بدون أسماء المشاركين و / أو وصف الأمنية، (3) دون دفع أي تكاليف أو تعويض لأي شخص، و (4) دون الحاجة إلى إخطار المشاركين أو السعي للحصول على موافقة أخرى قبل القيام بذلك. بالإضافة إلى ذلك، إذا استخدمت مؤسسة Make-A-Wish و / أو الرعاية مثل هذه المعلومات كجزء من المواد الترويجية التي يتم توزيعها على وسائل الإعلام للبحث، يمنح المشاركون بشكل لا رجعة فيه مؤسسة Make-A-Wish والرعاية الحق في السماح ببيث المعلومات بمثل هذه الطريقة. يدرك المشاركون أن مؤسسة Make-A-Wish والرعاية سوف يعتمدون على هذا الإذن والتفويض، ويوافقون بموجب هذا على عدم تأكيد أي مطالبة من أي نوع كانت ضد أي شخص تتعلق بممارسة الحقوق والأذونات الممنوحة هنا.

الأحرف الأولى من والدي / أوصياء الطفل صاحب الأمنية في حالة
منح تصريح الدعاية لمؤسسة Make-A-Wish والرعاية:

□ الخيار 3 [عدم تفضيل الدعاية]: يطلب المشاركون عدم نشر معلومات حول مشاركتهم في الأمنية بشكل نشط

بواسطة مؤسسة Make-A-Wish في وسائل الإعلام الإخبارية الإلكترونية أو المطبوعة، أو نشرها على الإنترنت، أو استخدامها في المواد الخاصة بمؤسسة Make-A-Wish بما في ذلك، على سبيل المثال، النشرات الإخبارية والكتيبات والتقارير السنوية وما إلى ذلك. ومع ذلك، يدرك كل مشارك ويوافق على: (1) أن المعلومات المتعلقة بالأمنية والمشاركين ستتم مناقشتها بالضرورة والإفصاح عنها لأولئك المشاركين في عملية الأمنية، (2) أن مؤسسة Make-A-Wish قد تصف وتروج للأمنية علناً بشكل عام، دون تحديد الطفل صاحب الأمنية أو المشاركين الآخرين، و (3) أنه حتى إذا لم تنشر مؤسسة Make-A-Wish الأمنية بنشاط، فقد يحصل عامة الناس ووسائل الإعلام على معلومات تتعلق بالطفل صاحب الأمنية و / أو مشاركة المشاركين في الأمنية من مصادر أخرى .

الأحرف الأولى من والدي / أوصياء الطفل صاحب الأمنية في حالة
تفضيل عدم الإعلان بشكل نشط عن الأمنية:

يقر المشاركون بقراءة وفهم هذا الإعفاء والتفويض. بالنسبة إلى الطفل صاحب الأمنية وأي مشاركين قاصرين، يكون توقيع ولي الأمر أو الوصي نيابة عن الطفل صاحب الأمنية أو المشارك القاصر. يوافق المشاركون على أن هذا الإعفاء والتفويض يحددان الاتفاقية الكاملة بين الطرفين، ويحلان محل جميع الاتفاقات والتفاهات السابقة، سواء كانت مكتوبة أو شفوية، ولا يجوز تعديلها أو تغييرها إلا من خلال كتابة لاحقة موقعة من مؤسسة Make-A-Wish والمشاركين والرعاية (إن أمكن ذلك).

الأباء أو الأوصياء القانونيون للطفل صاحب الأمانة	التاريخ
الأباء أو الأوصياء القانونيون للطفل صاحب الأمانة	التاريخ
مشارك بالغ آخر (إن وجد)	التاريخ
مشارك بالغ آخر (إن وجد)	التاريخ
مشارك بالغ آخر (إن وجد)	التاريخ
الوالد / الوصي القانوني لمشارك آخر قاصر (إن وجد)	التاريخ
الوالد / الوصي القانوني لمشارك آخر قاصر (إن وجد)	التاريخ