THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

MIDDLE EAST EXECUTIVE TRAINING IN THE UNITED STATES (MEET U.S.) HOSPITAL ADMINISTRATION

September 8 – October 3, 2003

Managed by the U.S. Department of Commerce

FORMATION DES CADRES DU MOYEN-ORIENT AUX ETATS-UNIS (MEET U.S.) ADMINISTRATION D'HOPITAUX

8 Septembre – 3 Octobre 2003

Gérée par le Département du Commerce américain

Le service de Formation des Cadres du Moyen-Orient aux Etats-Unis (MEET U.S.) du Département du Commerce américain offrira une formation pour 18 à 20 administrateurs et spécialistes en gestion d'hôpitaux et de sites médicaux à des personnes originaires d'Afrique du Nord et du Moyen-Orient. Ce programme durera quatre semaines et se composera d'une semaine d'orientation professionnelle suivie de trois semaines de formation complète en groupes, ces trois semaines comprenant des visites de sociétés et de sites médicaux, d'universités proposant des programmes de sciences médicales et d'organisations gouvernementales à travers les Etats-Unis.

Les candidats au Programme d'Administration d'Hôpitaux MEET U.S. doivent occuper des postes comportant des responsabilités significatives dans les organisations dans lesquelles ils travaillent. La maîtrise de l'anglais est utile mais n'est pas obligatoire puisque le Programme MEET U.S. proposera une interprétation simultanée en arabe et en français si nécessaire.

Les candidatures doivent être accompagnées d'une lettre de recommandation écrite par le supérieur du candidat, contenant une description des fonctions actuelles de ce dernier ainsi que l'autorisation de participer au programme. Si le candidat est propriétaire d'un site médical et/ou travaille en tant qu'indépendant, il doit expliquer sa situation et fournir une lettre de recommandation écrite par quelqu'un qui connaît son expérience professionnelle. Les lettres de recommandation doivent être traduites en anglais. Les candidats doivent également envoyer une photo récente, si possible une photo d'identité. En outre, ils doivent remettre une copie de leur passeport s'ils en possèdent un.

Le Département du Commerce américain étudiera les candidatures et choisira les participants en fonction de leur parcours professionnel et académique et de leur expérience dans l'administration hospitalière et les secteurs annexes. Le bureau de MEET U.S. de Washington, D.C. prendra les décisions finales concernant les candidats sélectionnés pour suivre la formation. Un représentant de l'ambassade des Etats-Unis de la région en question avertira les personnes sélectionnées.

Le Gouvernement américain paiera le billet d'avion aller-retour des participants entre un lieu donné et les Etats-Unis, leur logement, le programme de formation complet, les interprètes, une assurance médicale et une indemnité journalière de US$34 pour les repas et les faux frais. Les participants ne peuvent pas être accompagnés de membres de leur famille ou de connaissances. Chaque participant doit se rendre par ses propres moyens au lieu de départ donné et posséder un passeport valable lui permettant de voyager. Les participants MEET U.S. ne peuvent pas rechercher un emploi permanent aux Etats-Unis. Une fois leur formation terminée les participants doivent retourner dans leur pays.

Toute déclaration incorrecte de la part d'un candidat, par oral ou par écrit, pourra automatiquement conduire à sa disqualification ou à son expulsion du programme.

LES CANDIDATURES DOIVENT ETRE RECUES AVANT LE 15 AVRIL 2003. Les candidatures complètes DOIVENT être envoyées à l'Ambassade/au Consulat des Etats-Unis. Dans certains cas, les candidatures peuvent être faxées ou envoyées par courrier express (par service postal international tel que FedEx ou DHL) au numéro ou à l'adresse indiqué ci-dessous.

U.S. DEPARTMENT OF COMMERCE
OFFICE OF THE MIDDLE EAST
ATTN: TANYA CHEGUER
14TH STREET AND CONSTITUION AVE NW
WASHINGTON DC 20230

FAX: (202) 482-0878
E-Mail: MEETUS@ita.doc.gov

The MEET U.S. program does not discriminate in training on the basis of sex, race, color, age, religion, national origin, or handicap. This policy is consistent with relevant U. S. governmental statutes and regulations

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

MEET U.S.

MIDDLE EAST EXECUTIVE TRAINING IN THE UNITED STATES
HOSPITAL ADMINISTRATION
Septembre 8 – October 3 2003

FORMATION DES CADRES DU MOYEN-ORIENT AUX ETATS-UNIS
ADMINISTRATION D'HOPITAUX
8 Septembre – 3 Octobre 2003

PHOTO

AVANT DE REMPLIR CE DOSSIER, LISEZ ATTENTIVEMENT LES INSTRUCTIONS CI-DESSOUS :

1. Vous DEVEZ remplir le dossier en anglais. 2. Joignez votre curriculum vitae en anglais 3. Joignez une lettre de recommandation de votre supérieur accompagnée de sa traduction en anglais. 4. Joignez une copie des premières pages de votre passeport. 5. Joignez des copies de vos diplômes d'études secondaires et supérieures. 6. Les candidatures complètes DOIVENT être soumises par l'intermédiaire de l'ambassade des Etats-Unis locale.

Vos réponses doivent être tapées ou écrites à la main lisiblement. Il est nécessaire de fournir des réponses complètes à toutes les questions– vous pouvez utiliser des feuilles supplémentaires pour indiquer vos réponses. **VOUS DEVEZ REPONDRE A TOUTES LES QUESTIONS**. Si vous n'êtes pas concerné par une question, écrivez N/A. Lorsque vous indiquez votre numéro de téléphone, assurez-vous de spécifier l'indicatif du pays et de la ville. **Pour éviter des retards dus à la Poste, envoyez vos candidatures par FedEx ou DHL**.

US DEPARTMENT OF COMMERCE
Office of the Middle East, RM. 2029B
Attention: Tanya Cheguer
MEET US, Program Officer
14TH Street and Constitution Ave NW
Washington, DC, 20230

PHONE: (202) 482-4867 / 5506
E-MAIL: MEETUS@ita.doc.gov

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Name/Nom _____

(Last Name/Nom de Famille) **(First Name/Prénom)** **(Middle, if applicable/Deuxième prénom, le cas échéant)**

Place of Employment/Lieu de Travail _____

(Complete Company Name/Nom complet de la société)

Position/Title/Poste/Titre : _____

The MEET U.S. program does not discriminate in training on the basis of sex, race, color, age, religion, national origin, or handicap. This policy is consistent with relevant U. S. governmental statutes and regulations

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

Work Telephone/Téléphone Professionnel : _____ **Fax/Fax** : _____

Work Address/Adresse Professionnelle :_____

(Street, Building/Rue, Bâtiment)

_____

(City, Index/Ville, Code Postal)

E-mail/E-Mail : _____

Preferred Mailing Address/Adresse Postale Préférée ☐ **Home/Domicile** ☐ **Work/Travail*:***

_____

_____

Date of Birth/Date de Naissance : ☐☐-☐☐-☐☐ (_____)

(Month-Day-Year/Mois-Jour-Année) *(In words/Ecrite)*

Sex/Sexe: ☐ **Female/Femme** ☐ **Male /Homme** ***Marital Status/Situation Maritale*** ☐ **Single/Célibataire** ☐ **Married/Marié**

Place of Birth/Lieu de Naissance_____

(City/Ville) **(Country/Pays)**

Citizenship/Nationalité : _____

Full Name of Spouse/Nom Complet du Conjoint : _____

Spouse's place of work, position, and telephone number/Lieu de travail, poste et numéro de téléphone du conjoint

_____

If you have children, please list name, gender, and age/Si vous avez des enfants, veuillez indiquer leur nom, leur sexe et leur âge

_____

Home Address/Adresse du Domicile_____

(Street Name and Number/Numéro et Nom de la Rue) **(Apartment Number/Numéro de l'Appartement)**

_____

(City/Ville)

Home Telephone/Téléphone Domicile : _____

Other contact numbers where you can be reached (please list all alternative telephones and fax numbers, including city codes)
Autres numéros auxquels vous pouvez être joint (veuillez indiquer les autres numéros de téléphones et de fax précédés de l'indicatif de la ville)

Tel#/No Tél _____ ***Fax#/No Fax*** _____ ***Name/Nom***_____

Relationship/Relation : ☐ Friend/Ami ☐ Co-worker/Collègue ☐ Spouse/Conjoint ☐ Relative/Membre de la Famille ☐ Other/Autre

Tel#/No Tél _____ ***Fax#/No Fax*** _____ ***Name/Nom***_____

The MEET U.S. program does not discriminate in training on the basis of sex, race, color, age, religion, national origin, or handicap. This policy is consistent with relevant U. S. governmental statutes and regulations

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

Relationship/Relation : ☐ Friend/Ami ☐ Co-worker/Collègue ☐ Spouse/Conjoint ☐ Relative/Membre de la Famille ☐ Other/Autre

In case of emergency, whom should we contact? (Include name, address, and telephone number)/En cas d'urgence, qui devrions nous contacter ? (Indiquer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone) :

_____

_____

How did you learn about the MEET U.S. Program?/Comment avez-vous entendu parler du Programme MEET U.S. ?

_____

_____

_____

II. EDUCATION/CURSUS SCOLAIRE

A. Indiquez toutes les formations supérieures y compris les formations professionnelles, en commençant par la plus récente (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)

Dates/Dates	***Institute/University/Institut/Université***	***Major Subject/Sujet Principal***	*Degree/Date Received/Diplôme/Date d'Obtention*

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

B. List all U.S. Government-funded programs in which you have participated (attach additional pages as needed)/Indiquez tous les programmes financés par le gouvernement américain auxquels vous avez participé (joindre des feuilles supplémentaires si nécessaire)

Dates/Dates	***Name/Location of U.S. Government Sponsoring Agency/Nom/Emplacement de l'Agence Gouvernementale Américaine Ayant Financé le Programme***	***Topic of Program/Thème du Programme***

C. Knowledge of English: Please rate your knowledge of English in the following areas/Connaissance de l'anglais : veuillez évaluer votre connaissance de l'anglais dans les domaines suivants :

	Excellent/ Excellente	***Good/ Bonne***	***Fair/ Moyenne***	***Poor/ Faible***
Reading/Lecture				
Writing/Ecriture				
Comprehension/Compréhension				
Speaking/Expression				

List any other languages that you know/Indiquer les autres langues que vous connaissez : _____

_____

The MEET U.S. program does not discriminate in training on the basis of sex, race, color, age, religion, national origin, or handicap. This policy is consistent with relevant U. S. governmental statutes and regulations

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

III. BUSINESS AND EMPLOYMENT EXPERIENCE/EXPERIENCE PROFESSIONNELLE ET COMMERCIALE

A. List your business and employment history for the past ten years, beginning with most recent Indiquez vos experiences professionnelles et commerciales au cours des dix dernières années en commençant par les plus récentes

B. (attach additional pages as needed) (joignez des feuilles supplémentaires si nécessaire)

Dates/Dates	***Name of Organization/Nom de l'Organisation***	***City/Ville***	***Position/Title/ Poste/Titre***	***Responsibilities and duties/Responsabilités et tâches***

The MEET U.S. program does not discriminate in training on the basis of sex, race, color, age, religion, national origin, or handicap. This policy is consistent with relevant U. S. governmental statutes and regulations

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

C. Please list three professional references (names, addresses, and phone numbers)/Veuillez indiquer trois références professionnelles (noms, adresses et numéros de téléphone) :

NAME/NOM	***COMPANY NAME, ADDRESS, AND TELEPHONE/NOM DE LA SOCIETE, ADRESSE ET NUMERO DE TELEPHONE***	***PROFESSIONAL RELATIONSHIP/RELATION PROFESSIONNELLE***

IV. ADDITIONAL INFORMATION/RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

A. Passport and Travel Information/Renseignements Relatifs au Passeport et au Voyage

ATTENTION: *We need the following information regarding your international passport. If you are chosen to participate we will use it to expedite your visa application.* ***/Nous avons besoin des informations suivantes concernant votre passeport. Si vous êtes choisi pour participer au programme nous les utiliserons pour accélérer le traitement de votre demande de visa.***

Do you have an external passport?/Avez-vous un passeport? ☐ **Yes/Oui** ☐ **No/Non**

Series/Number/Série/Numéro: _____

Passport Expiration Date/Date d'Expiration du Passeport: _____

Have you ever applied for a U.S. visa/Avez-vous déjà postulé pour un visa américain ? ☐ **Yes/Oui** ☐ **No/Non**

When/Quand? _____ **Where/Où ?** _____

Were you granted a U.S. visa/Avez-vous reçu un visa américain ? ☐ **Yes/Oui** ☐ **No/Non**
what type/quel type ? _____

Have you ever applied for immigration to the U.S./Avez-vous déjà postulé pour immigrer aux Etats-Unis ?
☐ **Yes/Oui** ☐ **No/Non**

When/Quand ?_____**Where/Où ?**_____

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

B. List previous travel abroad (attach additional pages as needed)*/Indiquez vos voyages passés à l'étranger (joignez des pages supplémentaires si nécessaire):*

Country/Pays	***Dates/Dates***	***Sponsor/Sponsor***	***Purpose/But***

Do you want to occupy a smoking room/Souhaitez-vous une chambre fumeur ? ☐ **Yes/Oui** ☐ **No/Non**

These questions have no bearing on the selection of candidates. It is confidential information used for your safety and comfort if you are selected for the program./Les questions qui suivent n'ont aucune incidence sur le choix des candidats. Ces informations sont confidentielles et seront utilisées pour votre sécurité et votre bien-être si vous êtes sélectionné pour participer au programme.

- **Do you have any allergies/Présentez-vous des allergies ?** ☐ **Yes/Oui** ☐ **No/Non**
- **If yes, please explain/Si oui, veuillez expliquer :** _____

Do you have any medical conditions or limitations/Etes-vous atteint d'une maladie ou sujet à des restrictions médicales ?
☐ **Yes/Oui** ☐ **No/Non**

- **If yes, please explain/Si oui, veuillez expliquer** _____
- **Do you take any medication/Prenez-vous des médicaments ?** ☐ **Yes/Oui** ☐ **No/Non**
- **If yes, please explain/Si oui, veuillez expliquer :**_____
- **Do you have any special dietary needs/Avez-vous des besoins alimentaires spécifiques ?** ☐ **Yes/Oui** ☐ **No/Non**
- **If yes, please explain/Si oui, veuillez expliquer :** _____

Please list any contacts you have in the United States (including family, friends, business associates, and acquaintances)/Veuillez indiquer tous les contacts que vous avez aux Etats-Unis (famille, amis, associés professionnels et connaissances) :

_____
_____
_____

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

V. ORGANIZATION INFORMATION/RENSEIGNEMENTS SUR LA SOCIETE

The following information is very important and will assist MEET U.S. in designing the most useful training program. Please give as much detailed information as you can. MEET U.S. cannot effectively design a program for you, if you do not answer these questions./Les informations suivantes sont très importantes et aideront MEET U.S. à concevoir le programme de formation le plus utile. Veuillez donner autant de détails que possible. MEET U.S. ne peut pas concevoir un programme qui vous est adapté si vous ne répondez pas à ces questions.

Name of Enterprise/Nom de l'Entreprise : _____

Briefly describe your employing organization (be specific in terms of private or public sector, the date it was formed, what the mission and goals are, what area of work it is involved in and how it is structured). Use additional piece of paper as needed./Veuillez décrire brièvement la société qui vous emploie (précisez si elle fait partie du secteur public ou privé, sa date de création, ses missions et ses objectifs, le type de travail qu'elle réalise et la façon dont elle est structurée)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

The market for your product or service is/Votre produit ou service est destiné à un marché :

- ☐ **local/local**
- ☐ **regional/régional**
- ☐ **national/national**
- ☐ **international** (please list countries) /**international** (veuillez préciser les pays)

_____
_____
_____

Who are your customers/Qui sont vos clients ?

- ☐ **state enterprises/sociétés privées**
- ☐ **individuals/particuliers**
- ☐ **private enterprises/enterprises privées**
- ☐ **other/autres** _____

How many people work at the firm/Combien de personnes travaillent dans votre entreprise ? _____

The SABIT program does not discriminate in training on the basis of sex, race, color, age, religion, national origin, or handicap. This policy is consistent with relevant U. S. governmental statutes and regulations

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

Annual gross revenue (in US$)/Revenu annuel brut (en US$) :_____

Ownership of your company/Propriétaire de votre société :

_____

(If more than one entity or individual owns it, please provide the ownership breakdown by percentage)/(Si plus d'une entité ou d'une personne la possède, détaillez les parts en pourcentage) :

_____

_____

VI. STATEMENT OF PURPOSE/DECLARATION D'INTENTION

On separate sheets of paper, please answer the following questions. The information you provide should be several pages long. Sur des feuilles séparées, veuillez répondre aux questions suivantes. Les informations que vous fournissez devraient remplir plusieurs pages.

1. **Please give a description of your specific responsibilities in the organization. This must include: your title; the name and title of the person for whom you work; the name of the division or department for which you work, and its major function within the enterprise; how many employees report to you directly; some of the major problems you have encountered in your work and how you think this program might assist you with those problems; and, any other information you think would be of interest/ Veuillez décrire vos responsabilités spécifiques dans la société. Vous devez inclure votre titre, le nom et le titre de la personne pour laquelle vous travaillez, le nom du service ou du département dans lequel vous travaillez et ses principales fonctions au sein de la société, le nombre d'employés que vous supervisez directement, certains des plus grands problèmes que vous avez rencontrés dans votre travail et la manière dont ce programme pourrait vous aider à traiter ces problèmes et toute autre information que vous jugez intéressante.**

2. **Describe your short- and long-term career goals./ Décrivez vos objectifs professionnels à court et à long terme**

3. **Describe your goals in coming to the United States for an internship program./ Détaillez les objectifs que vous visez en participant à un programme de formation aux Etats-Unis.**

4. **Please provide information about specific projects, joint ventures, or business relationships you would like to develop with U.S. companies (list particular companies you have in mind)/ Veuillez fournir des informations sur des projets, des coentreprises ou des relations professionnelles spécifiques que vous aimeriez développer avec des sociétés américaines (indiquez les sociétés précises que vous avez en tête)**

5. **How do you plan to apply the knowledge you will gain on the MEET US training program to your work back home -- both in your company and the country as a whole? *What makes you a good candidate for this program*? Comment prévoyez-vous d'appliquer les connaissances que vous acquérrez au cours du programme de formation MEET U.S.**

dans votre travail de retour dans votre pays – aussi bien dans votre société que dans votre pays dans sa totalité ? ***En quoi êtes-vous un bon candidat pour ce programme ?***

VII. TRAINING TOPICS/ SUJETS DE LA FORMATION

Please rate your interest in the following training topics from 1-5 with 5 indicating the highest interest.Veuillez noter votre intérêt pour les sujets suivants de 1 à 5, 5 indiquant l'intérêt le plus élevé

1. ☐ HOSPITAL MANAGEMENT/GESTION D'HOPITAUX

a. ☐ Hospital Management Structure/Structure de la Gestion d'Hôpitaux

b. ☐ Education and Training of Personnel/Education et Formation du Personnel

c. ☐ Ethics for Health Professionals/Ethique des Professionnels de la Santé

d. ☐ Relationship between Hospitals, Private Companies and other Hospitals/Relation entre les Hôpitaux, les Sociétés Privées et les autres Hôpitaux

e. ☐ Relationship between Medical Facilities and Local/Federal Government/Relation entre les Sites Médicaux et le Gouvernement Local/Fédéral

f. ☐ Inventory Control/Contrôle d'Inventaires

g. ☐ Physician and Patient Rights/Droits des Médecins et des Patients

h. ☐ Rehabilitation/Rééducation

2. ☐ HUMAN RESOURCE MANAGEMENT/GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

a. ☐ Labor Relations, Negotiation and Conflict Resolution/Relations Professionnelles, Négociations et Résolution de Conflits

b. ☐ Employee Development/ Développement des Employés

c. ☐ Employee Law and Ethics/Législation et Ethique Relatives au Personnel

d. ☐ Planning and Scheduling (budget, schedules, resource allocation etc.)/Planification et Programmation (budget, programmes, affectation des ressources, etc.)

3. ☐ INSURANCE/ASSURANCE

a. ☐ Insurance Companies Structure/Structure des Compagnies d'Assurance

b. ☐ Insurance Services/Services d'Assurance

c. ☐ Relationship between Hospitals and Insurance Companies/Relation entre les Hôpitaux et les Compagnies d'Assurance

4. ☐ SERVICES, TECHNOLOGY AND EQUIPMENT/SERVICES, TECHNOLOGIE ET EQUIPEMENT

a. ☐ Medical Services/Services Médicaux

b. ☐ Emergency Services/Services d'Urgence

c. ☐ Out Patient/In Patient Services/Services pour les Patients Externes/pour les Patients Internes

d. ☐ High Tech Medical Equipment and Technologies/Technologies et Equipement Médicaux High-Tech

e. ☐ Telemedicine/Médecine à Distance

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

5. ☐ FINANCE/.FINANCES

c. ☐ Sources of Hospital Financing/Sources de Financement des Hôpitaux

d. ☐ Distribution of Financing and Governing Laws/Affectation des Législations de Financement et de Régulations

e. ☐ Budget Oversight and Management/Aperçu et Gestion du Budget

f. ☐ Salaries/Salaires

g. ☐ Accounting/Cost Management/Comptabilité/Gestion des Coûts

h. ☐ Business Plan Development/Développement d'un Plan Commercial

6. ☐ LEADERSHIP SKILLS/QUALITES DIRECTIONNELLES

a. ☐ Cross-cultural Negotiation Strategies/Stratégies de Négociations Interculturelles

b. ☐ Sharpening your management skills/Améliorer vos qualités directionnelles

c. ☐ Professional/Career development/Développement Professionnel

d. ☐ Time management/Gestion du temps

e. ☐ Professional etiquette/Etiquette professionnelle

f. ☐ Developing your boardroom skills/Développer vos capacités en salle de réunion

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

7. Please list any other topics of interest that were not mentioned above and rate them accordingly/Veuillez indiquer tout autre sujet qui vous intéresse qui n'a pas été mentionné précédemment et le noter :

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

THIS APPLICATION IS FREE OF CHARGE AND MAY BE REPRODUCED WITHOUT PERMISSION

VII. LETTER OF AGREEMENT

I testify that the information submitted in this application is complete and accurate. I understand that providing false information on this application or during the interview will automatically disqualify me from participation in the MEET US program. If I am selected for participation in the program, and it is determined during the course of the training that any of the information provided in this application or during the interview was false, I understand that this would mean immediate dismissal from the program. If selected, I agree to comply with all regulations of the program and all local and national laws of the United States.

I understand that while in the United States, I will be required to share my hotel room with one other individual (of the same sex) from the training group. I understand that separate beds will be provided. I declare that this type of housing arrangement is satisfactory to me and presents no/Nondifficulties.

I understand that I will be provided with medical insurance to be used only for emergency situations and not for routine medical care or treatment for any pre-existing medical or dental condition. I further understand that I will be required to pay all deductibles and other miscellaneous expenses not covered by the insurance. I understand that I may purchase my own supplemental travel and/or health insurance before departing for the U.S. If I choose to do so, this will act as additional coverage for me while I am on the MEET US program.

I understand that the U.S. visa obtained in connection with my MEET US program training is valid only for temporary training and is not valid for employment in the United States or for travel not related to the MEET US training. I declare my intent to return to my country of origin at the end of my training as a MEET US program participant. I understand that returning to my country at the end of my internship is a condition of my participation in the MEET US program. I further understand that traveling outside of the United States (for example, Canada or Mexico) is strictly prohibited and would be in violation of my U.S.-issued visa and would mean immediate grounds for dismissal from the program. Travel to cities in the United States that are not part of the specific MEET US training program is strictly prohibited.

I understand that this program prohibits spouses and/or children to accompany MEET US participants to the United States.

I understand that the program will be conducted in English with interpretation into Arabic.

If for any reason I must return home early, I understand that I must return the remainder of the per diem to the MEET US Program.

VII. LETTRE DE CONSENTEMENT

J'atteste que les informations fournies dans cette demande sont complètes et véridiques. Je comprend que le fait de donner de fausses informations dans cette demande ou au cours de l'entretien m'empêchera automatiquement de participer au programme MEET US. Si je suis sélectionné pour participer à ce programme et qu'il est déterminé au cours de la formation que certaines des informations fournies dans cette demande ou au cours de l'entretien étaient fausses, je comprend que cela entraînera une expulsion immédiate du programme. Si je suis sélectionné, j'accepte de respecter toutes les réglementations de ce programme et toutes les législations locales et nationales des Etats-Unis.

Je comprend que durant mon séjour aux Etats-Unis je devrai partager ma chambre d'hôtel avec un autre participant (du même sexe). Je comprend que des lits séparés seront offerts. Je déclare que ce type de logement me convient et ne me pose aucun problème.

Je comprend que je recevrai une assurance médicale à n'utiliser qu'en cas d'urgence et non pas pour des soins ou des traitements médicaux de routine pour une condition médicale ou dentaire préexistante. Je comprend également que je devrai payer toutes les franchises et les autres dépenses annexes non couvertes par l'assurance. Je comprend que je peux acheter ma propre assurance voyage et/ou santé complémentaire avant de partir pour les Etats-Unis. Si je décide de le faire, elle constituera une couverture supplémentaire pour moi durant le programme MEET US.

Je comprend que le visa américain obtenu en relation avec le programme de formation MEET US est valable uniquement pour une formation temporaire et ne me permet pas de travailler aux Etats-Unis ou de réaliser des voyages non liés à la formation MEET US. Je déclare mon intention de rentrer dans mon pays d'origine à la fin de ma formation en tant que participant au programme MEET US. Je comprend que ma participation au programme MEET US est conditionnée par le fait que je rentrerai dans mon pays à la fin de la formation. Je comprend également qu'il est formellement interdit de voyager en dehors des Etats-Unis (par exemple au Canada ou au Mexique) et que le faire serait en violation au visa émis par les Etats-Unis et constituerait une raison pour mon expulsion du programme. Il est formellement interdit de voyager dans des villes des Etats-Unis qui ne font pas partie du programme de formation MEET US.

Je comprend que ce programme interdit que les membres de la famille et/ou des connaissances accompagnent les participants de MEET US aux Etats-Unis.

Je comprend que ce programme sera mené en anglais, avec une interprétation en arabe et en français si nécessaire.

Si je dois pour une raison donnée rentrer plus tôt dans mon pays, je comprend que je devrai restituer les indemnités journalières restantes au programme MEET US

_____ _____

(DATE) (SIGNATURE)