

PART A - INTRODUCTION

أولاً: المقدمة

This form is intended to protect you and the society. You are required to complete it with accuracy to ensure that you can be contacted if we come to know that you were exposed to COVID-19.

We assure you that your information will be held with privacy in accordance with the applicable laws.

الغرض من هذا النموذج هو حمايتك وحماية المجتمع. يرجى تعبئة النموذج بدقة لضمان إمكانية الاتصال بك إذا نما الى علمنا مخالطتك لشخص مصاب بالكوفيد-19.

نود أن نؤكد أنه سيتم التعامل مع المعلومات المذكورة في هذا النموذج بخصوصية وفقاً للقوانين المعمول بها.

PART B - PERSONAL INFORMATION

ثانياً: المعلومات الشخصية

Full Name: _____ الاسم الثلاثي: _____

Date of Birth: D D M M Y Y تاريخ الميلاد: D D M M Y Y

Gender: Male Female الجنس: ذكر انثى

Nationality: _____ الجنسية: _____

Passport Number: _____ رقم الجواز: _____

PART C - TRAVEL COMPANIONS BELOW 18 YEARS OLD

ثالثاً: المرافقون دون سن 18

Full Name: _____ الاسم الثلاثي: _____

Date of Birth: D D M M Y Y تاريخ الميلاد: D D M M Y Y

Passport Number: _____ رقم الجواز: _____

Gender: Male Female الجنس: ذكر انثى

Full Name: _____ الاسم الثلاثي: _____

Date of Birth: D D M M Y Y تاريخ الميلاد: D D M M Y Y

Passport Number: _____ رقم الجواز: _____

Gender: Male Female الجنس: ذكر انثى

PART D - ADDRESS & CONTACT INFORMATION

رابعاً: العنوان ومعلومات الاتصال

Address in the UAE العنوان في دولة الإمارات العربية المتحدة

City/Emirate: _____ المدينة/الإمارة: _____

Area/Street: _____ المنطقة/الشارع: _____

Flat/Villa No. - Building Name: _____ رقم الشقة/الفلا - اسم البناية: _____

Home Phone Number: _____ رقم المنزل: _____

Mobile Number: _____ رقم الهاتف المتحرك: _____

Email Address: _____ البريد الإلكتروني: _____

Hotel in the UAE: _____ الفندق في الإمارات: _____

Permanent Address: _____ العنوان الدائم: _____

Self-Declaration Form

PART E - FLIGHT INFORMATION

معلومات الرحلة

Flight Number: _____ رقم الرحلة: _____
 Seat Number: _____ رقم المقعد: _____
 Date of Departure: _____ تاريخ المغادرة: _____
 Date of Arrival: _____ تاريخ الوصول: _____
 Coming From: _____ قادما من: _____
 Passenger Category: UAE Citizen Resident in the UAE إماراتي مقيم في دولة الإمارات العربية المتحدة
 Tourist Visit Business Visit السياحة زيارة عمل
 Transit to _____ مواصلة الرحلة الى _____

PART F - RECENT TRAVEL

بدايات السفرات التي قمت بها مؤخرا

Countries you have visited or connected through over the past 14 days: الدول التي قمت بزيارتها خلال الـ 14 يوم الماضية:
 Country Name: _____ الدولة: _____
 Date of Entry: _____ تاريخ الدخول: _____
 Date of Departure: _____ تاريخ الدخول: _____
 Country Name: _____ الدولة: _____
 Country Name: _____ الدولة: _____
 Date of Entry: _____ تاريخ الدخول: _____
 Date of Departure: _____ تاريخ الدخول: _____
 Country Name: _____ الدولة: _____

PART G - HEALTH CONDITION

مراجعة الحالة الصحية

Are you currently having any of the symptoms listed below? هل تعاني من احد الاعراض التالية:
 Fever Yes No Muscle Pain Yes No لا نعم آلام العضلات لا نعم الحمى
 Cough Yes No Headache Yes No لا نعم الصداع لا نعم السعال
 Shortness of Breath Yes No لا نعم ضيق التنفس
 If others, please specify: _____ Date of first symptom: _____ تاريخ ظهور أول عرض: _____
 _____ لا نعم آلام العضلات لا نعم الحمى
 _____ لا نعم الصداع لا نعم السعال
 _____ لا نعم ضيق التنفس
 _____ لا نعم آلام العضلات لا نعم الحمى
 _____ لا نعم الصداع لا نعم السعال
 _____ لا نعم ضيق التنفس

PART H - RECENT CONTACT

تامة المخالطة

Did you come in contact with a case of COVID-19 during the past 14 days? هل كنت مخالط لأحد الحالات التي تعاني من الكوفيد-19 خلال فترة الـ 14 يوما الماضية?
 Yes No لا نعم
 If yes, please indicate the last date of last contact: إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى تحديد تاريخ آخر مخالطة:
 _____ لا نعم آلام العضلات لا نعم الحمى
 _____ لا نعم الصداع لا نعم السعال
 _____ لا نعم ضيق التنفس

PART I - DECLARATION

إقرار

I hereby declare that all the information provided is correct. أقر بأن جميع المعلومات الواردة صحيحة.
 Thank you for helping us protect your health. شكراً لمساعدتنا في الحفاظ على صحتك.
 Signature _____ التوقيع _____



إقرار وتعهد بالالتزام بإجراءات الحجر الصحي

أنا الموقع أدناه أتعهد بأنه تم إبلاغي بالإجراءات الصحية والنصائح الطبية الواجب اتباعها، وأني أدرك المخاطر التي من الممكن أن تلحق بالمجتمع في حال عدم التزامي، لذا حرصا على الصحة العامة وتجنب المساءلة القانونية أتعهد بعدم مغادرة الحجر الصحي مع مراعاة تجنب مخالطة الآخرين قدر الإمكان حتى نهاية الإجراءات الصحية المطلوبة وفترة الحجر الصحي لمدة ١٤ يومًا اعتبارًا من التاريخ المحدد من قبل الجهة الصحية وذلك إقرارًا مني بأنه تم إخطاري بما ذكر أعلاه و تجنبًا للمساءلة القانونية في حال عدم التزامي بإجراءات الحجر الصحي.

الاسم :	رقم الجواز / الهوية الوطنية:
رقم الهاتف المتحرك :	رقم الهاتف الثابت:
رقم أحد الأقارب أو الكفيل:	البريد الإلكتروني:
التوقيع:	التاريخ: / /

Undertaking to implement and adhere to the quarantine procedure

I undertake / declare that I was notified about the health procedures and the medical advices that I should follow, and that I am aware of the risks that could happen to the community in case I am not committed to those procedures, for the sake of public health and to avoid the legal accountability I hereby declare that I will not leave the quarantine and I will not get in contact with others until the required health measures are met. The duration of the quarantine is 14 days starting from the date identified by health authority

This is my acknowledgment that I have been notified of the above mentioned. and that failure to adhere to the procedure will subject me to legal action.

Name:	Passport / ID No:
Mobile number:	Home number:
Number of friend/sponsor/next of kin:	
Email address:	Signature:
Date: / /	



MEDICAL DATA

Do you have any of the following flu like symptoms:

- Fever Cough Sore Throat
 Runny Nose Shortness of Breath

Others, please specify: _____

Do you have a chronic medical condition such as diabetes, hypertension, cancer, immune compromising disorder?

- Yes No

If YES, please specify: _____

Are you currently on any medication?

- Yes No

If YES, please specify: _____

Do you have anyone living with you who is above 60 years of age?

- Yes No

Do you have anyone living with you who is suffering from low immunity or chronic disease (diabetes, hypertension, cancer, etc.)

- Yes No

If YES, please specify: _____

Do you have health insurance?

- Yes No

AGREEMENT

I understand that this form will be used for public health matters, and I confirm that I have filled the information required accurately

Name: _____

Signature: _____

Date: _____



To protect your health, public health officers need you to complete this form. Your information would help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes.

WRITE CLEARLY AND IN BLOCK LETTERS

PERSONAL DATA

First Name: _____ Surname: _____
Nationality: _____ Gender: _____
DOB: _____ Emirates ID/Passport: _____
Flight Number: _____ Seat Number: _____
Depart From: _____ Final Destination: _____
Contact Number: _____

EMPLOYMENT DATA

Job Category: _____ Employer/place of work: _____
Employer address and contact details: _____

ACCOMODATION DATA

Address in the United Arab Emirates: _____

Do you live in:

- Villa Flat Hotel Apartment
 Shared Accomodation Staff Accomodation

If shared accommodation, how many people are living in the same accommodation:

If required, are you able to self-isolate?

- Yes No

If YES, please specify: _____

Do you have a separate toilet?

- Yes No

If self isolation is required, can you fund your stay in isolation? (minimum \$50 per day)

- Yes No

If NO, please specify: _____

Biman Bangladesh Airlines Ltd.
Declaration Form for U.A.E. Bound Passenger

This is to confirm that undersigned is fully aware about the rules-regulation imposed by the authorities of U.A.E for the re-entry passenger and hereby declare that undersigned is fully agreed –

- To be responsible to bear the costs of examination and treatment/ hospitalization in the event of COVID-19 positive result on arrival in Dubai.
- To register self details on the COVID-19 DXB app.
- To stay home until PCR test results come out.
- To be abide by 14-day quarantine for positive COVID-19 cases according to official guidelines from the COVID-19 Command and Control Centre.
- To bear all cost of self isolation/quarantine in any recommended place or hotel in accordance with COVID-19 Command and Control Centre guidelines.
- To follow all precautionary measures applied in Dubai (wearing masks, maintaining 2m social distance and washing hands regularly).
- To follow any other rules as advised by competent authority of U.A.E.

.....
Signature with date

Name-

Passport No.-

Flight-..... Date-.....

Biman Bangladesh Airlines Ltd.
Declaration Form for U.A.E. Bound Passenger

This is to confirm that undersigned is fully aware about the rules-regulation imposed by the authorities of U.A.E for the re-entry passenger and hereby declare that undersigned is fully agreed –

- To be responsible to bear the costs of examination and treatment/ hospitalization in the event of COVID-19 positive result on arrival in Dubai.
- To register self details on the COVID-19 DXB app.
- To stay home until PCR test results come out.
- To be abide by 14-day quarantine for positive COVID-19 cases according to official guidelines from the COVID-19 Command and Control Centre.
- To bear all cost of self isolation/quarantine in any recommended place or hotel in accordance with COVID-19 Command and Control Centre guidelines.
- To follow all precautionary measures applied in Dubai (wearing masks, maintaining 2m social distance and washing hands regularly).
- To follow any other rules as advised by competent authority of U.A.E.

.....
Signature with date

Name-

Passport No.-

Flight-..... Date-.....