

# HOME QUARANTINE

State of Kuwait  
Ministry of Health



## Acknowledgment and Pledge to Comply with Home Quarantine Procedures (for Arriving Travelers)

I pledge / Name: \_\_\_\_\_

Civil ID Number: \_\_\_\_\_

Passport Number: \_\_\_\_\_

Mobile Number: \_\_\_\_\_

### Quarantine Address:

Area: \_\_\_\_\_ Block: \_\_\_\_\_ Street: \_\_\_\_\_

Ave: \_\_\_\_\_ Home: \_\_\_\_\_ Floor: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_

that I have been notified by the relevant authorities at the Ministry of Health that I have been in close contact with a confirmed case of COVID-19, and that I have received and read a copy of the statement of the procedures to be followed in home quarantine either by myself, through a family member or through any other residents of my household. I also pledge to follow all instructions, advice, precautionary measures and decisions issued by the Ministry of Health and adhere to home quarantine measures according to the procedures set by the relevant authorities in Kuwait. I also pledge not to leave the house except in accordance with health instructions and procedures, and not to mix with those in the same house. Also, I have been notified about unexpected home visits by those authorized by the Ministry of Health to ensure my adherence to home quarantine. I also authorize the Ministry of Health to monitor me through the "Shlonik" application and to ensure my adherence to the address recorded above. **In the event that I do not comply with my commitment, I shall bear full legal responsibility in accordance with the provisions of Law No. (8) of the year 1969 and its amendments regarding health precautions for the prevention of communicable diseases, the punishment of which is imprisonment for a period not exceeding 10 years and a fine not exceeding 30,000 thousand Kuwaiti dinars or either of these two penalties.**

I also acknowledge that the information I gave above is correct and updated. **And I consent to the above.**

Name: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_



# الحجر المنزلي

دولة الكويت  
وزارة الصحة

## إقرار وتعهد بالالتزام بإجراءات الحجر الصحي المنزلي (القادمون من السفر)

أقر أنا / الاسم: \_\_\_\_\_

الرقم المدني: \_\_\_\_\_

رقم الجواز: \_\_\_\_\_

رقم الموبايل: \_\_\_\_\_

### عنوان الحجر:

المنطقة: \_\_\_\_\_ قطعة: \_\_\_\_\_ شارع: \_\_\_\_\_

جادة: \_\_\_\_\_ منزل: \_\_\_\_\_ الدور: \_\_\_\_\_ شقة: \_\_\_\_\_

بأنه تم إخطاري من قبل الجهات المختصة بوزارة الصحة بأنني مخالط لمصاب تأكدت إصابته بفيروس كورونا المستجد (COVID-19) وإنني اطلعت واستلمت صورة من بيان الإجراءات الواجب اتباعها في الحجر المنزلي سواء من قبلي أو من قبل أفراد أسرتي، وغيرهم من المقيمين معي في المنزل، كما أتعهد باتباع جميع التعليمات والنصائح والتدابير الاحترازية والقرارات الصادرة من وزارة الصحة. والالتزام بالحجر المنزلي وفق الإجراءات التي حددتها السلطات المختصة بالكويت. وأتعهد بعدم الخروج من المنزل إلا وفق التعليمات والإجراءات الصحية وعدم مخالطة الموجودين بالمنزل.

كما أنه تم إخطاري بشأن الزيارات المنزلية المفاجأة للمخولين من وزارة الصحة للتأكد من التزامي بالحجر المنزلي كما إنني أخول وزارة الصحة لمتابعتي عبر تطبيق "شلونك" والتأكد من التزامي بالعنوان المسجل أعلاه. وفي حال عدم التزامي أتقبل المسؤولية القانونية وفقاً لأحكام القانون رقم (8) لسنة 1969 وتعديلاته بشأن الاحتياطات الصحية للوقاية من الأمراض السارية والتي تصل عقوبتها إلى الحبس مدة لا تتجاوز 10 سنوات وبغرامة لا تزيد عن 30.000 ألف دينار كويتي أو بإحدى هاتين العقوبتين

كما أقر بأن المعلومات التي أدليت بها صحيحة ومحدثة. **وهذا إقرار مني بذلك.**

الاسم: \_\_\_\_\_

التاريخ: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_

Office Use Only:

MOH Representative: \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

ممثل وزارة الصحة: \_\_\_\_\_

التوقيع: \_\_\_\_\_