|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.ب. نظرة عامة على نموذج تسجيل الحالة و التقييم الاولي** | | | | | | |
| **الخطوة 1: التسجيل والتعريف** | | | | **خطوة ادارة الحالة** | | |
| **النموذج الاساسي** | | | | **النموذج الاساسي/الاضافي** | | |
| **بعد الحصول على الموافقة/القبول مباشرةً** | | | | **وقت ملء النموذج** | | |
| **متابع الحالة الذي تم تعيينه للحالة** | | | | **الاشخاص المعنيين بملء النموذج** | | |
| **تسجيل الحالة ضمن ادارة الحالة وتدوين البيانات التي ترد من التقييم الاولي بعد ايجاد الحالة مؤهلة للتسجيل في ادارة الحالة (استناداً على معايير الضعف)** | | | | **هدف النموذج** | | |
|  | | |  | | | |
| **نموذج تسجيل الحالة والتقييم الاولي** | | | | | | |
| تاريخ المقابلة: **يوم/شهر/سنة** | | | تاريخ تحديد / الابلاغ عن الحالة: **يوم/شهر/سنة** | | | |
| الرقم التعريفي للحالة: | | | تاريخ اكتمال النموذج: **يوم/شهر/سنة** | | | |
| الوكالة: | | | متابع الحالة: | | | |
| 1. الاهلية والموافقة/القبول: **احرص على ان الحالة تتوافق مع معايير الاهلية وان نموذج الموافقة/القبول ملئت قبل المتابعة.** | | | | | | |
| ملء نموذج الموافقة والقبول: **☐ كلا ☐ نعم** | | | تفي الحالة بمعايير الضعف: **☐** **كلا ☐** **نعم** | | | |
| 1. تفاصيل الطفل الشخصية | | | | | | |
| اسم الجد: | | اسم الاب: | | | الاسم: | |
| اسماء اخرى يعرف بها الطفل: **مثال: اسماء مستعارة، لقب العائلة.** | | | | | | |
| الجنس:  **☐ ذكر ☐** **انثى** | | هل تاريخ الولادة تقديري؟  **اذا كان تقديري، فتاريخ الولادة = 1 يناير**  **☐ كلا ☐ نعم** | | | تاريخ الولادة (**DOB**):  **اليوم/الشهر/السنة** | |
| **هوية ذات صلة اخرى:** | هوية الطفل الخاصة بالمفوضية السامية | | الهوية الوطنية: | | | ***رمز الحالة السابقة:***  *اذا كان قد تم نقل الحالة من وكالة اخرى* |
| الجنسية:  **☐ حدد بحسب السياق**  **☐ حدد بحسب السياق**  **☐ حدد بحسب السياق**  **☐ غير ذلك، يرجى** التحديد: | | | فئة المجموعة السكانية:  **راجع القواعد الارشادية الخاصة بحدد بحسب السياق حول كيفية تحديد ذلك في البلد**  **☐ طالب لجوء**  **☐ لاجئ**  **☐ نازح**  **☐ مهاجر**  **☐ المجتمع المضيف**  **☐ العائدين**  **☐ مقيم محلي (ليس نازحاً)**  **☐ مواطن أجنبي مقيم**  **☐ غير ذلك، يرجى** التحديد: | | | |
| الانتماء العرقي للطفل: | | |
| الانتماء الديني للطفل: | | احتياجات التواصل الخاصة: | | | اللغة التي يتحدثها الطفل: | |
| هاتف الطفل/معلومات اتصال اخرى: | | | | | | |
| 1. رعاية الطفل الحالية/ ترتيبات الرعاية | | | | | | |

تعديل اللاحقة أسفل الصفحة "نموذج تسجيل الحالة والتقييم الأولي"

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **☐** الكفالة  **☐** العيش المستقل  **☐** الاسر التي يرأسها طفل  **☐** بالغ ليس ذو علاقة  **☐** لا توجد ترتيبات رعاية  **☐** غير ذلك، يرجى **التحديد:** | | | **اجراءات الرعاية:**  **☐** الوالد(ين)  **☐** زوجة الوالد  **☐** مقدم رعاية مؤقت  **☐** الشقيق الراشد  **☐** رعاية القرابة/ أسرة ممتدة  **☐** كفالة الأطفال  **☐** الرعاية السكنية | | | | |
| العنوان الحالي/ موقع المكان الذي يعيش فيه الطفل: **قم بتوفير اقصى حد ممكن من المعلومات حول الموقع ليتمكن الاخرون من ايجاد الموقع، مثال: البيت، نقطة دالة، الشارع، المدينة/ القرية، المنطقة، المقاطعة (تكيف مع السياق الموجود)** | | | | | | | |
| المكان الذي ينوي الطفل الانتقال اليه (إذا كان ذلك قابلاً للتطبيق): **قم بتوفير اقصى حد ممكن من المعلومات حول الموقع ليتمكن الاخرون من ايجاد الموقع، مثال: البيت، نقطة دالة، الشارع، المدينة/ القرية، المنطقة، المقاطعة (تكيف مع السياق الموجود)** | | | | | | | |
| ***الشخص الرئيسي الذي يرعى الطفل حالياً في حال لم يكن الطفل بصحبة الوالدين / إ****ذا كان الطفل بصحبة الوالدين فانتقل الى معلومات الاسرة.* | | | | | | | |
| اسم الجد: | | اسم الاب: | | | الاسم: | | |
| اسماء اخرى يعرف بها مقدم الرعاية**: مثال: اسماء مستعارة، لقب العائلة.** | | | | | | | |
| الجنس:  **☐ ذكر ☐ انثى** | | هل تاريخ الولادة تقديري؟  **إذا كان تقديري، تاريخ الولادة = 1 يناير**  **☐ كلا ☐ نعم** | | | تاريخ الولادة (**DOB**):  **اليوم/الشهر/السنة** | | |
| هوية ذات صلة اخرى: | | هوية الفرد الخاصة بالمفوضية السامية: | | | الهوية الوطنية: | | |
| هل مقدم الرعاية على معرفة بأسرة الطفل إذا لم يكن ذو صلة للطفل:  **☐ نعم ☐ كلا** | | | هل مقدم الرعاية ذو صلة للطفل:  **☐ نعم ☐ كلا** | | | | |
| صلة القرابة للطفل: | | | حجم الاسرة:  **عدد من هم أصغر من 18:**  **عدد من هم أكبر من 18:** | | | | |
| متى بدأت اجراءات الرعاية هذه؟:  **يوم/شهر/سنة** | | | | | | | |
| **هل مقدم الرعاية مستعد للاستمرار برعاية الطفل:**  **☐** نعم، رعاية قصيرة الامد  **☐** نعم، رعاية طويلة الامد  **☐** كلا | | | ***إذا لم يكن مستعداً للاستمرار في تقديم الرعاية، قم بتوفير التفاصيل:*** *اذا كان مقدم الرعاية على وشك الانتقال الى موقع اخر فقم بتوفير معلومات الموقع (مثال: الدولة، المقاطعة، المنطقة، المدينة/القرية، الشارع، البيت)* | | | | |
| إذا كان على استعداد، فإلى متى؟ | | |
| **هل يوافق الطفل على الاتصال بمقدم رعايته:** | | | ***هاتف مقدم الرعاية/ معلومات اتصال اخرى:*** | | | | |
| **☐** نعم  **☐** كلا، **قم بتوفير التفاصيل:** | | |  | | | | |
| اشخاص اخرون يعيشون في البيت: | | | | | | | |
| موافقة الاتصال:  **نعم/كلا** | معلومات الاتصال: | | | صلة القرابة: | | العمر: | الاسم الكامل: |
|  |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |
|  |  | | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. معلومات حول الاسرة وافراد مهمين اخرين | | | | |
| الام | | | | |
| اسم الجد: | اسم الاب: | | | الاسم: |
| اسماء اخرى تعرف بها الام**: مثال: اسماء مستعارة، لقب العائلة.** | | | | |
| إذا كانت متوفاة خلال الطوارئ فهل تم تأكيد ذلك؟  **إذا تم تأكيد ذلك من قبل مصدر غير الطفل فانتقل الى معلومات الاب**  **☐ نعم**  **☐ كلا** | إذا كانت متوفاة، متى وكيف:  **يوم/شهر/سنة** | | | **هل الام على قيد الحياة؟:**  **☐** نعم  **☐** كلا  **☐** غير معروف |
| هوية ذات صلة اخرى: | هوية الفرد الخاصة بالمفوضية السامية: | | | الهوية الوطنية: |
| تاريخ الولادة:  **يوم/شهر/سنة** | | | هل ان تاريخ الولادة تقديري؟  **إذا كان تقديري، تاريخ الولادة = 1 يناير**  **☐ كلا ☐ نعم** | |
| مهنة الأم: | | | الانتماء العرقي للأم: | |
| العنوان الحالي/ موقع المكان الذي تعيش فيه الام (في حال كان مختلفاً عن الطفل): **قم بتوفير اقصى حد ممكن من المعلومات حول الموقع ليتمكن الاخرون من ايجاد الموقع، مثال: البيت، نقطة دالة، الشارع، المدينة/ القرية، المنطقة، المقاطعة (تكيف مع السياق الموجود)** | | | | |
| **هل يوافق الطفل على الاتصال بأمه:** | | ***هاتف الأم/ معلومات اتصال اخرى:*** | | |
| ☐ نعم  ☐ كلا، **قم بتوفير التفاصيل:** | |  | | |
| الاب | | | | |
| اسم الجد: | اسم الاب: | | | الاسم: |
| اسماء اخرى يعرف بها الاب**: مثال: اسماء مستعارة، لقب العائلة.** | | | | |
| إذا كان متوفى خلال الطوارئ فهل تم تأكيد ذلك؟  **إذا تم تأكيد ذلك من قبل مصدر غير الطفل فانتقل الى افراد اخرين مهمين في الاسرة**  **☐ نعم**  **☐ كلا** | إذا كان متوفى، متى وكيف:  **يوم/شهر/سنة** | | | **هل الاب على قيد الحياة؟:**  ☐ نعم  ☐ كلا  ☐ غير معروف |
| هوية ذات صلة اخرى: | هوية الفرد الخاصة بالمفوضية السامية: | | | الهوية الوطنية: |
| تاريخ الولادة:  **يوم/شهر/سنة** | | | هل ان تاريخ الولادة تقديري؟  **إذا كان تقديري، تاريخ الولادة = 1 يناير**  **☐ كلا ☐ نعم** | |
| مهنة الاب: | | | الانتماء العرقي للأب: | |
| العنوان الحالي/ موقع المكان الذي يعيش فيه الاب (في حال كان مختلفاً عن الطفل): **قم بتوفير اقصى حد ممكن من المعلومات حول الموقع ليتمكن الاخرون من ايجاد الموقع، مثال: البيت، نقطة دالة، الشارع، المدينة/ القرية، المنطقة، المقاطعة (تكيف مع السياق الموجود)** | | | | |
| **هل يوافق الطفل على الاتصال بأبيه:** | | | ***هاتف الاب/ معلومات اتصال اخرى:*** | |
| ☐ نعم  ☐ كلا، **قم بتوفير التفاصيل:** | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| افراد واشخاص آخرين مهمين للطفل في الاسرة (خارج سكان البيت): | | | | | | | | | |
| موافقة الاتصال:  **نعم/كلا** | معلومات الاتصال: | العنوان/الموقع: | | | صلة القرابة: | العمر: | | ***الاسم الكامل:*** | |
|  |  |  | | |  |  | |  | |
|  |  |  | | |  |  | |  | |
|  |  |  | | |  |  | |  | |
|  |  |  | | |  |  | |  | |
|  |  |  | | |  |  | |  | |
|  |  |  | | |  |  | |  | |
| 1. التقييم الأولي-مخاطر الحماية: **املأ كل ما يتطابق مع ادناه- لا يجب توجيه الاسئلة بصورة مباشرة بل من خلال محادثة عامة او عندما يتم التطرق الى الاسئلة من قبل الطفل بشكل مباشر**. | | | | | | | | | |
| ☐ اطفال غير مصحوبين  *☐ منفصل*  *☐ يتيم*  *☐ محنة اجتماعية نفسية*  *☐ اضطراب عقلي*  *☐ ادمان واساءة تعاطي المخدرات (الطفل)*  *☐ ينتمي الى أقليات مهمشة/ تتعرض للتمييز*  *☐ غير موثق/ولادة غير مسجلة*  *☐ زواج الاطفال*  *☐ ختان الاناث*  *☐ الحمل/ والدة طفل*  *☐ الحرمان من الموارد، الفرص او الخدمات*  *☐ ترتيبات رعاية ضعيفة مثل: وجود 8 اطفال في منزل واحد، اساءة مقدم الرعاية لتعاطي المخدرات، مقدم رعاية اعزب غير حصين*  *☐ طفل ناجي من القذائف والمتفجارت (*EO*)*  *☐ غير ذلك، يرجى* ***التحديد:***  *☐ حدد بحسب السياق*  *☐ حدد بحسب السياق*  *☐ حدد بحسب السياق*  *☐ حدد بحسب السياق* | | | | ☐ الاساءة/العنف الجسدي  ☐ الاساءة/العنف الجنسي  ☐ الاغتصاب  ☐ الاساءة/ العنف العاطفي او النفسي  ☐ الاهمال  ☐ الهجر  ☐ عمالة الاطفال (ليس اسوأ الاشكال)  ☐ عمل منطوِ على مخاطرة  ☐ الاستغلال الجنسي  ☐ العبودية/ البيع/ الاختطاف/الاتجار بالأطفال/العمالة القسرية  ☐ في خلاف مع القانون  ☐ مرتبط مع القوات المسلحة او المجموعات المسلحة  ☐ محروم من الحرية/ في الاعتقال  ☐ حالة مرضية خطيرة  ☐ صعوبة وظيفية (النظر، حتى وان كان يلبس النظارات)  ☐ صعوبة وظيفية (السمع، حتى وان كان يستعمل ادوات سمع مساعدة)  ☐ صعوبة وظيفية (المشي او استعمال اجزاء من جسمه/ا)  ☐ صعوبة وظيفية (التركيز والتذكر)  ☐ صعوبة العناية بالنفس مثل اطعام والباس النفس (مقارنةً بأطفال اخرين من نفس الفئة العمرية)  ☐ صعوبة التواصل | | | | | |
| 1. التقييم الاولي- مستوى الخطر | | | | | | | | | |
| ملخص الأسباب | | | | | | | مستوى الخطر | | ضع إشارة |
|  | | | | | | | عالي | |  |
|  | | | | | | | متوسط | |  |
|  | | | | | | | منخفض | |  |
|  | | | | | | | ***لا يوجد*** | |  |
| 1. المخاطر المباشرة التي يجب معالجتها | | | | | | | | | |
| الاجراء المباشر الذي تم اخذه/ الاحالة التي حصلت | | | ملخص الاسباب | | | | المخاطر المباشرة | | ضع إشارة |
|  | | |  | | | | الرعاية الصحية | |  |
|  | | |  | | | | السلامة | |  |
|  | | |  | | | | الرعاية المؤقتة | |  |
|  | | |  | | | | ***غير ذلك*** *حدد* | |  |
|  | | |  | | | | لا يوجد | |  |