|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.ت. نظرة عامة على نموذج التسجيل الاضافي ومعلومات التقييم الاولي الخاصة بالأطفال غير المصحوبين والمنفصلين** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الخطوة 1: التسجيل والتعريف** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **خطوة ادارة الحالة** | | | |
| **النموذج الاضافي** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **نوع الملف:** | | | |
| **يجب ملء هذا النموذج مباشرةً بعد ملأ نموذج تسجيل الحالة والتقييم الاولي مع الاطفال غير المصحوبين والمنفصلين الذين يحتاجون الى رعاية بديلة و/او مع أولئك الذين يحتاجون الى بدأ عملية اقتفاء الاثر.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **وقت ملء النموذج** | | | |
| **متابع الحالة الذي تم تعيينه للحالة.**  **في حال كان الطفل غير قادر على الكلام او ان الطفل كان صغيراُ جداً على ان يقوم بتزويد المعلومات المطلوبة، فقم بجمع أكبر قدر من المعلومات من الشخص الذي عرف الطفل او أي أطفال آخرين سافروا معه. في هذه الحالة، قم بوصف متى واين ومِن مَن حصلت على المعلومات عند ملء الحقول في النموذج.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **الاشخاص المعنيين بملء النموذج** | | | |
| **تسجيل معلومات تستخدم في الرعاية البديلة، لاقتفاء الاثر وتثبيت ولم شمل الاطفال غير المصحوبين والمنفصلين.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **هدف النموذج** | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **نموذج التسجيل الاضافي ومعلومات التقييم الاولي الخاصة بالأطفال غير مصحوبين والمنفصلين** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الرقم التعريفي للحالة: | | | | | | | | | | | تاريخ ملء النموذج: **يوم/شهر/سنة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. معلومات الطفل الشخصية | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| محل/عنوان الولادة: **مثال: الدار، الشارع، المدينة/القرية/ المنطقة، الناحية (تكيف مع السياق الموجود)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***العلامات البدنية الفارقة:*** *مثال: الوحمات، الندبات، لون الشعر، لون العين، الاسنان، الخ...* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قم بوصف وانشاء قائمة يتم ادراج مقتنيات الطفل وملابسه التي تم العثور عليها: **تفاصيل اي وثيقة يحملها الطفل اضافة الى تفاصيل اخرى مثل الملابس، ميداليات، سوارات، عقد الشعر.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الصور الملتقطة: **أملأ كل ما هو مطابق. يجب التقاط هذه الصور بإضاءة جيدة وحفظها مع ملف حالة الطفل- فأنها حاسمة لتأكيد الهوية. اكتب الرقم التعريفي للحالة بشكل واضح على ورقة من نوع A4 ووضعه على كل صورة. لا تقم بكتابة اسم الطفل على الورقة.**  **[ ] صور لجميع مقتنيات الطفل موضوعة بشكل يسهل عملية التعرف عليها**  **[ ] صورة تظهر الرأس و الاكتاف مع تحديق الطفل بشكل مباشر على الكاميرا**  **[ ] صورة تظهر جسم الطفل بالكامل وهو/هي يرتدي ملابسه وقت العثور عليه (ان امكن).** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الاشقاء (الاخ والاخت) / الاقارب الذين يرافقون الطفل **تختلف عن مقدم الرعاية الحالي الذي تم تسجيله في نموذج تسجيل الحالة والتقييم الاولي. يجب ان يتم تسجيل كل طفل بشكل منفرد مع فتح ملف حالة خاص به/ا. قد يساعد الاشقاء والاقارب في ملء معلومات هذه النموذج.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الرقم التعريفي للحالة: | | | | صلة القرابة: | | | | | | | | | | | | | | | | الجنس: | | | | | | العمر: | | الاسم الكامل: | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | |
|  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |  | |  | |
| الكلمات والجمل ذات الاهمية التي نطقها الطفل: **اجمعها بشكل تراكمي مستمر: الاسماء، الكلمات، الاغاني، القصص التي يعيد ذكرها الطفل مراراً، اضافة الى اشياء محددة/ احداث يتكلم عنها الطفل.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| سلوك معين يظهره الطفل: **اجمع بنمط تراكمي مستمر: الرسومات التي يرسمها الطفل بشكل معتاد، الاهتمامات الرئيسية والاشياء التي يحب ان يفعلها/تفعلها، الالعاب التي يحب الطفل لعبها.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. مقدم الرعاية السابق ومعلومات الاسرة | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| مقدم الرعاية (#1) قبل الانفصال **في حال كان مقدم الرعاية هو أحد والدي الطفل فقم بنسخ المعلومات من نموذج تسجيل الحالة والتقييم الاولي اين ما يكون ذلك ممكناً في المراحل اللاحقة.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم الجد: | | | | | اسم الاب: | | | | | | | | | | | | | | | | الاسم: | | | | | | | | |
| اسماء اخرى يعرف بها مقدم الرعاية**: مثال: اسماء مستعارة، لقب العائلة.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **هل ما يزال الطفل على تواصل معه/معها؟:**  [ ] كلا، **تاريخ اخر مشاهدة:** اليوم/الشهر/السنة  [ ] نعم، يرجى **توفير التفاصيل:** | | | | | | | إذا كان متوفي، متى و كيف:  **يوم/شهر/سنة ثم واصل الى صلة القرابة الى الطفل** | | | | | | | | | | | | | | | | **هل هذا الشخص على قيد الحياة؟:**  [ ] نعم  [ ] كلا  [ ] غير معروف | | | | | | |
| الجنس:  **[ ] ذكر [ ] انثى** | | | | | | | هل تاريخ الولادة تقديري؟  **إذا كان تقديري، تاريخ الولادة = 1 يناير**  **[ ] كلا [ ] نعم** | | | | | | | | | | | | | | | | تاريخ الولادة (**DOB**):  **اليوم/الشهر/السنة** | | | | | | |
| صلة القرابة بالطفل: | | | | | | | | | | | | | | | | | مهنة مقدم الرعاية: | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| العنوان الدائم/ عنوان السكن قبل الانفصال: **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 بمقدم رعايته:** | | | | | | | | | | | | | | | | ***هاتف مقدم الرعاية/ معلومات اتصال اخرى:*** | | | | | | | | | | | | | |
| [ ] نعم  [ ] كلا، **قم بتوفير التفاصيل:** | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| مقدم الرعاية (#2) قبل الانفصال **في حال كان مقدم الرعاية هو احد والدي الطفل فقم بنسخ معلومات من نموذج تسجيل الحالة والتقييم الاولي اين ما يكون ذلك ممكناً في المراحل اللاحقة.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اسم الجد: | | | | | اسم الاب: | | | | | | | | | | | | | | | | الاسم: | | | | | | | | |
| اسماء اخرى يعرف بها مقدم الرعاية**: مثال: اسماء مستعارة، لقب العائلة.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **هل ما يزال الطفل على تواصل معه/معها؟:**  [ ] كلا، **تاريخ اخر رؤية:** اليوم/الشهر/السنة  [ ] نعم، يرجى **توفير التفاصيل:** | | | | | | | إذا كان متوفي، متى و كيف:  **يوم/شهر/سنة ثم واصل الى صلة القرابة الى الطفل** | | | | | | | | | | | | | | | | **هل هذا الشخص على قيد الحياة؟:**  [ ] نعم  [ ] كلا  [ ] غير معروف | | | | | | |
| الجنس:  **[ ] ذكر [ ] انثى** | | | | | | | هل تاريخ الولادة تقديري؟  **إذا كان تقديري، تاريخ الولادة = 1 يناير**  **[ ] كلا [ ] نعم** | | | | | | | | | | | | | | | | تاريخ الولادة (**DOB**):  **اليوم/الشهر/السنة** | | | | | | |
| صلة القرابة بالطفل: | | | | | | | | | | | | | | مهنة مقدم الرعاية: | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| العنوان الدائم/ عنوان السكن قبل الانفصال: **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 بمقدم رعايته:** | | | | | | | | | | | | | | | ***هاتف مقدم الرعاية/ معلومات اتصال اخرى:*** | | | | | | | | | | | | | | |
| [ ] نعم  [ ] كلا، **قم بتوفير التفاصيل:** | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***افراد اسرة اخرين منفصلين عن الطفل:*** *قم بتدوين اي اسماء او اشخاص اخرين قاموا بذكرهم الطفل. في حال تم تسجيل المعلومات الخاصة بأفراد الاسرة مسبقا في نموذج تسجيل الحالة والتقييم الاولي فلا تقم بسؤال الطفل مرة اخرى عن نفس المعلومات، انما اقم بنسخ المعلومات في مرحلة لاحقة.* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تاريخ الانفصال:  **اليوم/الشهر/السنة** | اخر عنوان سكن/موقع معروف تمت رؤيتهم فيه مع معلومات الاتصال:  **قم بتوفير اكبر قدر من المعلومات و التفاصيل عن اخر موقع عاش فيه الشخص، اضافة الى المكان التي تمت فيه رؤية الشخص اخر مرة- مثال: المنزل، نقطة دالة، شارع، مدينة/قرية، منطقة، مقاطعة ( تكيف مع السياق الموجود)** | | | | | المهنة: | | | | على قيد الحياة؟ | | | العمر: | | | | | | الجنس: | | | الاسم الكامل: | | | | | | | صلة القرابة: |
|  |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |  |
|  |  | | | | |  | | | |  | | |  | | | | | |  | | |  | | | | | | |  |
| **اسماء ومعلومات اتصال افراد الاسرة الذين انفصل عنهم الطفل لكن ما يزال على اتصال بهم:** من، كيف، تكرار الاتصال مع الطفل، آخر اتصال. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| معلومات عن اشخاص اخرين قد يكونوا قادرين على توفير معلومات تخص اقتفاء الآثار: **قم بتوفير أكثر قدر ممكن من المعلومات حول (مثل) الاسماء، تاريخ الولادة، الجنس، صلة القرابة للطفل، اخر عنوان/موقع معروف، معلومات اتصال. قد تشمل هذه المعلومات على سبيل المثال الوالدين، الاشقاء او اصدقاء الاشخاص ليتم تقفي أثرهم.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. تاريخ الانفصال | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تاريخ الانفصال عن الوالدين/مقدم الرعاية الرئيسي: **يوم/شهر/سنة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| [ ] الهجرة  [ ] الانتقال السكاني المنظم (مثل: الاخلاء)  [ ] تكفل برعايته فرد/مؤسسة  [ ] العودة الى الوطن  [ ] الفقر  [ ] التجنيد ضمن قوات مسلحة او ضمن مجموعات مسلحة  [ ] مختطف/ متجر به  [ ] معتقل/ موقوف  [ ] غير ذلك | | | | | | | | | | | | **المسبب الرئيسي للانفصال:**  قم بملأ كل ما يطابق  [ ] التخلي عن الطفل  [ ] اساءة/ تعنيف/ اهمال/ استغلال الاسرة للطفل  [ ] موت/مرض احد افراد الاسرة  [ ] الانفصال بسبب الهروب من العنف/الحرب  [ ] الانفصال بسبب الهروب من كارثة طبيعية  [ ] الانفصال بسبب الهروب من الاضطهاد  [ ] البحث عن عمل  [ ] البحث عن فرص دراسية  [ ] البحث عن الخدمات/ الدعم | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **مكان الانفصال: 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)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قم بوصف ظروف الانفصال: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| قم بوصف تفاصيل الرحلة بين مكان الانفصال والموقع الحالي: **طريق السفر ومحطات الوقوف مع ذكر التواريخ، نمط السفر، من قام بمساعدتهم في السفر وماهي صلة القرابة بالطفل، واذكر اذا كان الطفل من ضمن السكان النازحين- فأين ذهب الاخرون واين من الممكن ان يكونوا الان، واذكر ما اذا كان الطفل يريد مشاركة بعض الاحداث التي حصلت اثناء الرحلة.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| إذا تم العثور على الطفل فقم بوصف أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تخص العثور على الطفل: **مثال: من الذي وجد الطفل ومعلومات الاتصال الخاصة بهم، ومعرفة اذا كانوا قد ميزوا/تعرفوا على الطفل وما الذي يعرفونه حول الطفل (مثل: لقب العائلة، العنوان/الموقع)، ومعرفة موقع العثور على الطفل بشكل دقيق، وكيف تم العثور عليه، وهل هنالك اية معلومات اخرى اتت مع الطفل.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ***رغبات الطفل*** *الوالدين/مقدمي الرعاية/افراد الاسرة الذين يفضلهم الطفل من اجل اقتفاء الاثر* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الاسباب التي تجعل الطفل يرغب او لا يرغب الاستمرار في اجراءات الرعاية الحالية: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **هل يرغب الطفل في الاستمرار في اجراءات الرعاية الحالية:**  [ ] نعم [ ] كلا [ ] لا يعرف | | | | |
| الاسباب التي تجعل الطفل يرغب او لا يرغب باقتفاء أثر العائلة: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **هل يرغب الطفل باقتفاء أثر العائلة:**  [ ] نعم، بأقرب وقت ممكن  [ ] نعم، لكن لاحقا  [ ] كلا  [ ] لا يعرف | | | | |
| الاسباب التي تجعل الطفل يرغب او لا يرغب في لم شمل العائلة: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **هل يرغب الطفل بلم شمل العائلة:**  [ ] نعم، بأقرب وقت ممكن  [ ] نعم، لكن لاحقا  [ ] كلا  [ ] لا يعرف | | | | |
| **اجراءات الرعاية التي يفضلها الطفل ويرغب بها بدلا من لم الشمل مع العائلة او خلال انتظاره الى ان يتم لم الشمل:**  [ ] البقاء ضمن اجراءات الرعاية الحالية  [ ] مع الزوج/الزوجة/الشريك  [ ] الرعاية الحاضنة  [ ] بيت مجموعة صغيرة  [ ] اجراءات عيش مستقلة  [ ] لا يعلم  [ ] غير ذلك، يرجى **التحديد (بما في ذلك مع من و العنوان و الموقع بشكل محدد)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| في حال رغب الطفل باقتفاء أثر الاسرة: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | الاسم | | | | | | | صلة القرابة | | | | | | | | | اين يظن الطفل انه/ا موجودة الان | | | | | | | | | | | | | |
| الاولوية الاولى | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| الاولوية الثانية | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| الاولوية الثالثة | |  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| ***اي معلومات اخرى قد تساعد الطفل في اقتفاء الاثر:*** *مثل المواقع/الاشخاص الأساسيين في حياة الطفل والذي/ن قد يؤدون الى تقديم معلومات حول موقع الشخص الذي يراد تقفي اثره\_ مثل اسماء القادة المتدينين، او مكان السوق، الخ...* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ***الموافقة/القبول*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هل الطفل مستعد لتصبح معلوماته الشخصية (مثل الاسم، الصورة، تفاصيل الاسرة) تصبح علنية (مثل الملصقات، الراديو، الانترنت) لدعم عملية الاقتفاء؟ **قم بشرح كيف ان جعل المعلومات علنية ومشاركتها قد يزيد من فرص اقتفاء ناجح. دائما ضع مصلحة الطفل الفضلى ورغبته بعين الاعتبار (مثل قضايا الاطفال المرتبطين بالقوات والجماعات المسلحة). قم بملأ كل ما يطابق**  **[ ] نعم، الاسم [ ] نعم، معلومات الاسرة**  **[ ] نعم، الصورة [ ] لا خيار من الخيارات اعلاه** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***لغرض دعم عملية اقتفاء الاثر، هل الطفل على رغبة بمشاركة معلوماتهم الشخصية (مثل الاسم، الصورة، تفاصيل الاسرة)؟*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| اخرون:  **[ ] نعم**  **[ ] كلا** | | | السلطات:  **[ ] نعم**  **[ ] كلا** | | | | | | | | | مقدمي رعاية اخرين:  **[ ] نعم**  **[ ] كلا** | | | | | | | | | | | | | | | الاسرة:  **[ ] نعم**  **[ ]كلا** | | |
| الاسباب وتفاصيل اخرى ذات صلة: | | | | | | | | المعلومات التي يُمتنع عن مشاركتها: | | | | | | | | | | | | | | | | امتنع عن مشاركة معلومات مع: | | | | | | |
| **اسباب الامتناع عن مشاركة المعلومات:**  ( ) الخوف التعرض للايذاء انفسهم او الاخرين  ( ) الرغبة في توصيل ومشاركة المعلومات بنفسه/ا  ( ) غير ذلك، يرجى **التحديد (بما في ذلك مع من و تحديد العنوان/الموقع):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الشخص الذي يعطي موافقته (التوقيع): | | | | | | | | **متابع الحالة:** | | | | | | | | | | | | | | | | **التاريخ:**  اليوم/الشهر/السنة | | | | | | |