|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 4.أ.نظرة عامة على نموذج الخدمات التي تم تقديمها | | | | | | |
| **الخطوة 4: تنفيذ خطة الحالة** | | | | | **خطوة ادارة الحالة** | |
| **نموذج أساسي** | | | | | **نوع الملف** | |
| **في اي وقت يتم فيه تقديم خدمة الى الطفل و/او الاسرة.** | | | | | **وقت اكمال النموذج** | |
| **متابع الحالة الذي تم تعيينه للحالة.** | | | | | **الاشخاص المعنيين بملء النموذج** | |
| **تسجيل المعلومات حول الخدمات التي تم تقديمها للطفل و/او العائلة.** | | | | | **هدف النموذج** | |
|  | | |  | | | |
| نموذج الخدمات التي تم تقديمها | | | | | | |
| تاريخ ملء النموذج: **يوم/شهر/سنة** | | | الرمز التعريفي للحالة | | | |
| 1. تفاصيل عن الخدمات التي تم تقديمها | | | | | | |
| [ ] الدعم القانوني  [ ] الوثائق الشخصية  [ ] خدمات للأطفال ذوي الاعاقات  [ ] خدمات الصحة الجنسية والانجابية  [ ] مأوى  [ ] **الماء و النظافة و الصرف الصحي (Wash)**  **[ ] الحلول الدائمة**  **[ ] النقل**  **[ ] غير ذلك، يرجى** التحديد:  **[ ] السياقات**  **[ ] السياقات**  **[ ] السياقات**  **[ ] السياقات** | | | **انواع الخدمات التي تم تقديمها:**  [ ] الرعاية البديلة  [ ] الامان (مثل: مأوى امن)  [ ] التعليم (رسمي)  [ ] التعليم غير الرسمي  [ ] لم شمل الاسرة واقتفاء اثرها  [ ] الدعم النفسي الاجتماعي الأولي  [ ] رعاية مركزة للصحة العقلية والدعم النفسي غير مختصة  [ ] **رعاية مختصة للصحة العقلية والدعم النفسي**  **[ ] الطعام**  **[ ] المواد الغير غذائية**  **[ ] مساعدات نقدية**  **[ ] سبل العيش**  **[ ] الخدمات الطبية**  **[ ] الخدمات الغذائية** | | | |
| إذا كان الجواب بنعم، فما هو تاريخ الاحالة:  **يوم/شهر/سنة** | | | هل تم تقديم الخدمة عن طريق احالة داخلية؟:  **[ ] نعم [ ] كلا** | | | |
| إذا كان الجواب بنعم، فما هو تاريخ الاحالة:  **يوم/شهر/سنة** | | | هل تم تقديم الخدمة عن طريق احالة خارجية؟:  **[ ] نعم [ ] كلا** | | | |
| تاريخ اكتمال الخدمة:  **يوم/شهر/سنة** | | | تاريخ بدأ الخدمة  **يوم/شهر/سنة** | | | |
| تفاصيل عن/تعليقات عن الخدمة التي تم تقديمها: | | | | | | |
| توصيات حول المتابعة: | | | | | | |
| 1. تفاصيل الشخص المسؤول الذي يقدم الخدمة في الوكالة | | | | | | |
| العنوان | معلومات الاتصال | المنصب / الوظيفة | | الوكالة / المؤسسة | | الاسم |
|  |  |  | |  | |  |
|  |  |  | |  | |  |
| 1. ***المساءلة*** *سؤال متابع الحالة للطفل حول شعوره تجاه الخدمة التي تم تقديمها (بشكل ملائم للعمر مثل: اختيار تعابير وجه ضاحكة)* | | | | | | |
| **اقتراحات الطفل لتحسين الخدمات:** | | | مستوى رضى الطفل حول الخدمات التي تم تقديمها:  **[ ] عالي**  **[ ] متوسط**  **[ ] منخفض** | | | |
| **اقتراحات مقدم الرعاية لتحسين الخدمات:** | | | مستوى رضى مقدم الرعاية حول الخدمات التي تم تقديمها:  **[ ] عالي**  **[ ] متوسط**  **[ ] منخفض** | | | |