|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **نظرة عامة على نموذج الإحالة** | | | | | | | |
| **يمكن بدأها في أي خطوة** | | | | | **خطوة ادارة الحالة** | | |
| **النموذج الأساسي** | | | | | **نوع الملف** | | |
| **عندما تتم عملية الاحالة لتقديم الخدمة** | | | | | **وقت اكمال النموذج** | | |
| **متابع الحالة الذي تم تعيينه للحالة.** | | | | | **الاشخاص المعنيين بملء النموذج** | | |
| **تسجيل المعلومات الأساسية لمقدمي الخدمات حينما تتم الإحالة إليهم ولكي يتمكنوا من تقديم الخدمة المطلوبة.** | | | | | **هدف النموذج** | | |
|  | | |  | | | | |
| **نموذج الإحالة** | | | | | | | |
| هل تم توفير الموافقة/القبول من قبل الشخص الذي تتم إحالته الى الخدمات:  [ ] نعم  [ ] لا, يرجى **ذكر السبب**: | | | الرقم التعريفي للحالة (وكالة الإحالة): | | | | |
| نوع الإحالة:  [ ] داخلية [ ] خارجية | | | تاريخ الإحالة: **يوم/شهر/سنة** | | | | |
| الإحالة بواسطة:  [ ] الهاتف للحالات ذات مستوى خطورة مرتفع فقط  [ ] البريد الإلكتروني للملف المحمي برمز مرور  [ ] شخصياً في مغلف محكم الأغلاق  [ ] رقمياً نظام أدارة الحالة | | | مستوى أولوية الإجابة:  [ ] مرتفع *الاستجابة في غضون 24 ساعة*  [ ] متوسط *الاستجابة في غضون 3 أيام*  [ ] منخفض *الاستجابة في غضون أسبوع واحد* | | | | |
| 2- الإحالة الى | | | 1- تمت الإحالة من قبل | | | | |
| الاسم: | | | الاسم: | | | | |
| الوكالة/ المؤسسة: | | | الوكالة/ المؤسسة: | | | | |
| المنصب/ الوظيفة: | | | المنصب/ الوظيفة: | | | | |
| رقم الهاتف #: | | | رقم الهاتف #: | | | | |
| البريد الإلكتروني: | | | البريد الإلكتروني: | | | | |
| العنوان/ الموقع: | | | العنوان/ الموقع: | | | | |
| 3- معلومات أساسية عن الحالة *كافة المعلومات الشخصية غير إلزامية وتعتمد على الحد الأدنى اللازم فقط من مشاركة المعلومات الحساسة لمزود الخدمة، وعلى موافقة / قبول الشخص الذي تتم إحالته حول المعلومات التي يمكن الكشف عنها* | | | | | | | |
| اسم الجد: | | اسم الأب: | | الاسم: | | |
| أسماء أخرى يعرف بها الشخص الذي تتم احالته: **مثال: الأسماء المستعارة أو لقب العائلة** | | | | | | |
| الجنس**:**  [ ] أنثى [ ] ذكر | | **هل تاريخ الولادة مقدر؟:**  *إذا كان مقدراً فسيكون =* **1 يناير**  [ ] نعم [ ] لا | | تاريخ الولادة:  **يوم/شهر/سنة** | | |
| هويات تعريفية أخرى ذات صلة: | الهوية التعريفية الخاصة بمفوضية الأمم المتحدة السامية لشؤون اللاجئين: | | الهوية التعريفية الوطنية: | | | رمز الحالة السابق:  *إذا تم نقلة من وكالة أخرى* |
| احتياجات التواصل الخاصة: | | | اللغات المتحدث بها: | | | | |
| عنوان / موقع المكان الحالي لتواجد الشخص: *قدِم أكبر قدر ممكن من التفاصيل حول الموقع ليتمكن الآخرون من العثور على الموقع، على سبيل المثال: منزل، معلم، شارع، مدينة / قرية، مقاطعة، محافظة (تكيف وفقًا للسياق)* | | | | | | |
| رقم الهاتف / معلومات التواصل الأخرى: | | | | | | |
| معلومات مقدم الرعاية الأساسي*تملأ فقط في حال كان الشخص المحال طفل* | | | | | | |
| اذا كانت الإجابة لا, يرجى ذكر السبب: | | | هل يعلم مقدم الرعاية بالإحالة:  [ ] لا [ ] نعم | | | | |
| اسم الجد: | | اسم الأب: | | الاسم: | | |
| أسماء أخرى يعرف بها مقدم الرعاية: **مثال: الأسماء المستعارة أو لقب العائلة** | | | | | | |
| الجنس**:**  [ ] أنثى [ ] ذكر | | **هل تاريخ الولادة مقدر؟:**  *إذا كان مقدراً فسيكون =* **1 يناير**  [ ] نعم [ ] لا | | تاريخ الولادة:  **يوم/شهر/سنة** | | |
| عنوان / موقع المكان الحالي: | | | علاقته بالطفل: | | | |
| رقم الهاتف / معلومات التواصل الأخرى لمقدم الرعاية: | | | | | | |
| 4- معلومات الإحالة | | | | | | | |
| أسباب الإحالة:*صف المشكلة ومدة وتكرار المشكلة وتاريخ المشكلة والخدمات ذات الصلة المقدمة بالفعل/التدخلات التي يجرى اتخاذها وأي تفاصيل أخرى متعلقة بمزود الخدمة.* | | | | | | | |
| [ ] الدعم القانوني  [ ] التوثيق  [ ] الخدمات للأطفال الذين يعانون من إعاقة  [ ] الصحة الجنسية والإنجابية  [ ] ملجأ  [ ] الماء والنظافة والصرف الصحي  [ ] حل دائم (بالتنسيق مع المفوضية السامية لشؤون اللاجئين)  [ ] النقل  [ ] غير ذلك, **يرجى التحديد**:  [ ] *حدد بحسب السياق*  [ ] *حدد بحسب السياق*  [ ] *حدد بحسب السياق*  [ ] *حدد بحسب السياق* | | | نوع الخدمة المطلوبة:  [ ] عناية بديلة  [ ] الحماية (مثال: ملجأ أمن)  [ ] التعليم (بشكل رسمي)  [ ] التعليم (بشكل غير رسمي)  [ ] تتبع العائلة ولم الشمل  [ ] دعم نفسي اجتماعي أساسي  [ ] خدمات مركزة غير متخصصة بالصحة الذهنية والنفسية الاجتماعية  [ ] خدمات متخصصة بالصحة الذهنية والنفسية الاجتماعي  [ ] الغذاء  [ ] المواد الغير غذائية  [ ] مساعدات مالية  [ ] سبل العيش  [ ] طبية  [ ] تغذية | | | |
| النتائج المتوقعة من الخدمات المطلوبة: *صف ما تأمل تحقيقه انت والشخص الذي تتم إحالته من هذه الإحالة.* | | | | | | | |
| اذا لم يوافق مزود الخدمة على الإحالة, يرجى ذكر الأسباب: | | | هل الإحالة مقبولة من قبل مزود الخدمات؟:  [ ] لا [ ] نعم | | | | |
| **5- ترتيبات التواصل والآراء والمتابعة** | | | | | | | |
| كيف سيتمكن متابع الحالة من متابعة الإحالة؟:  *ضع علامة على كل ما ينطبق*  [ ] الهاتف  [ ] البريد الإلكتروني  [ ] اللقاء وجه لوجه (مع مزود الخدمة)  [ ] غير ذلك, **يرجى التحديد**: | | | كيف يمكن بدأ التواصل مع الحالة وكيف يمكن إعطاء الآراء حول الخدمات المقدمة؟:  [ ] التواصل عن طريق متابع الحالة  [ ] التواصل مع الشخص الذي تتم إحالته مباشرةً | | | | |