

Додаток 2

до Положення про мобільну бригаду соціально-психологічної допомоги особам, які постраждали від домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі, при Софіївському центрі надання соціальних послуг Софіївської селищної ради Дніпропетровської області

Вхідна форма випадків домашнього насильства та/або насильства за ознакою статі (первинна оцінка ситуації насильства)

1-Адміністративна інформація		
Ідентифікаційний номер інциденту*:	Код клієнта:	Код персоналу:
Дата інтерв'ю (день/місяць/рік)*:	Дата інциденту (день/місяць/рік) *:	

2-Інформація про постраждалу особу		
Рік народження (приблизно, якщо необхідно) *:	Стать*: <input type="checkbox"/> Жіноча <input type="checkbox"/> Чоловіча	
Країна походження <input type="checkbox"/> Україна <input type="checkbox"/> Росія <input type="checkbox"/> Білорусь <input type="checkbox"/> Молдова <input type="checkbox"/> Румунія <input type="checkbox"/> Інше (вказати):		
Сімейний стан*:	<input type="checkbox"/> Неодружений (-а) <input type="checkbox"/> У шлюбі / спільне проживання	<input type="checkbox"/> Розлучений (-а) / окреме проживання <input type="checkbox"/> Вдова / вдівець
Кількість дітей, їхній вік:		
Чи є клієнт особою з інвалідністю? * <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Особа з психічним розладом <input type="checkbox"/> Особа з фізичною інвалідністю		
Чи є клієнт дитиною без супроводу дорослих, дитиною, розлученою з сім'єю, або дитиною, яка належить до іншої категорії вразливих осіб?		
<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Дитина без супроводу дорослих	
<input type="checkbox"/> Дитина, розлучена з сім'єю	<input type="checkbox"/> Інша категорія соціально незахищених дітей	

Підсекція для дітей, постраждалих від насильства (заповнювати лише стосовно осіб віком до 18 років)		
Якщо потерпіла особа є дитиною (молодше 18 років), чи проживає він / вона сам (-а)? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні (Якщо відповідь “Ні”, слід відповісти на наступне питання)		
З ким проживає дитина?		
<input type="checkbox"/> Один з батьків / опікун / піклувальник <input type="checkbox"/> Родич		<input type="checkbox"/> Батько, мати / спільне проживання <input type="checkbox"/> Інше: _____
3-Подробиці інциденту		
Час доби, коли мав місце інцидент*: <input type="checkbox"/> Ранок (зі сходу сонця до полудня) <input type="checkbox"/> Вдень (з полудня до заходу сонця) <input type="checkbox"/> Вечір / ніч (час між заходом та сходом сонця) <input type="checkbox"/> Невідомо	Місце інциденту/*: (модифікувати варіанти місця, додаючи нові варіанти або видаляючи їх згідно з вашим місцем розташування) <input type="checkbox"/> Вулиця <input type="checkbox"/> Школа <input type="checkbox"/> Дім клієнта <input type="checkbox"/> Дім кривдника <input type="checkbox"/> Спільне місце проживання клієнта з кривдником <input type="checkbox"/> Державна установа <input type="checkbox"/> Громадська установа <input type="checkbox"/> Інше (вказати подробиці) _____	
Область, де стався інцидент*:	Район, де стався інцидент:	Місто/сміт/село, де стався інцидент:
Вид насильства/ інциденту*: <input type="checkbox"/> Насильство за ознакою статі (доцільно розшифрувати ці види насильства: зґвалтування, фізичні напади, переслідування, сексуальні домагання тощо) <input type="checkbox"/> Домашнє насильство (вказати види насильства: фізичне, психологічне, сексуальне, економічне насильство)		
Чи повідомляв клієнт про цей інцидент ще десь?* (Якщо так, оберіть тип надавача послуг та запишіть назву установи / організації, де клієнт повідомив про випадок); (Обрати усе, що стосується даного інциденту). <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Заклад охорони здоров'я <input type="checkbox"/> Заклад психосоціальної допомоги <input type="checkbox"/> Органи внутрішніх справ <input type="checkbox"/> Установа з надання юридичної допомоги <input type="checkbox"/> Заклад соціального захисту <input type="checkbox"/> Кризовий центр / притулок <input type="checkbox"/> Інше (вказати): _____		

Ситуація насильства виникла з клієнтом вперше?

- Так
- Ні, повторювалася раніше декілька разів
- Ні, повторюється систематично

4-Інформація про підозрюваного кривдника

Кількість підозрюваних кривдників*: 1 2 3 Більше 3

Стать підозрюваного (-них) кривдника (-ів)*:

- Жіноча Чоловіча Кривдники обох статей

Вікова група підозрюваного кривдника* (якщо відомо, або вказати приблизно):

- 0 – 11 12 – 17 18 – 25 26 – 40 41-60

Стосунки підозрюваного кривдника з постраждалою особою*:

(Відмітити **найперше**, що підходить; обрати лише **ОДИН** варіант)

- Статевий партнер / колишній партнер (у т.ч. чоловік / дружина)
- Батько / мати / опікун / піклувальник
- Інший член родини, окрім чоловіка / дружини, батька / матері / опікуна / піклувальника
- Керівник / роботодавець
- Шкільний (-а) товариш / подруга
- Вчитель / співробітник навчального закладу
- Надавач послуг
- Співорендар / сусід по будинку / квартирі
- Друг родини / сусід
- Інший біженець / внутрішньо переміщена особа / особа, яка повернулася з місць позбавлення волі
- Представник місцевої громади (знайомий)
- Незнайомець
- Інше
- Невідомо

5-Запланована діяльність / проведена робота

Хто направив клієнта до Вас?*

- Самостійне звернення
- Заклад охорони здоров'я
- Заклад психосоціальної допомоги (у т.ч. центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді)
- Органи внутрішніх справ

- Установа з надання юридичної допомоги
- Заклад соціального захисту
- Вчитель / співробітник школи / іншого закладу освіти
- Громадський лідер / діяч
- Кризовий центр / притулок
- Інша організація (громадська організація, міжнародна неурядова/урядова організація)
- Інша державна установа
- Інше _____ (вказати)

Які послуги з перенаправлення були надані клієнту?

- Направлення до кризового центру
- Направлення до закладу з надання психосоціальної допомоги
- Направлення до установ з надання юридичної допомоги
- Направлення до поліції / ОВС
- Направлення до закладу соціального захисту

Які інші послуги були надані клієнту?

- надання психологічної допомоги
- надання наявної інформації щодо найближчих лікувальних закладів
- надання інформації про насильство за ознакою статі та / або домашнє насильство
- діагностика соціально-психологічного стану постраждалої особи
- оцінка ризиків повторного скоєння насильства за ознакою статі та / або домашнього насильства
- консультування з соціально-правових питань
- здійснення заходів соціальної підтримки
- складання плану безпеки
- інше (вказати)

6 - Оцінювання

Опишіть емоційний стан клієнта на початку інтерв'ю:

- Наляканий / відчуває страх
- Сумний / пригнічений / апатичний
- Неспокійний / нервозний
- Роздратований
- Агресивний
- Спокійний
- Інше _____ (вказати)

Опишіть емоційний стан клієнта наприкінці інтерв'ю:

- Наляканий / відчуває страх
- Сумний / пригнічений / апатичний
- Неспокійний / нервозний
- Роздратований
- Агресивний
- Спокійний
- Інше _____ (вказати)

<p>Чи буде клієнт у безпеці, коли він / вона піде ? Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/> Якщо ні, вкажіть причину:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p>Інша необхідна інформація</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>У разі зґвалтування, чи пояснили Ви клієнту можливі наслідки зґвалтування (якщо клієнт старше 14 років)?</p> <p><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>У разі зґвалтування, чи пояснили Ви батькам / опікуну / піклувальнику можливі наслідки зґвалтування (якщо клієнт молодше 14 років)?</p> <p><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p>	
<p>Чи дав клієнт згоду на розповсюдження своїх неперсональних даних у Ваших звітах? *</p> <p><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p>	