

## Formular de referință între agenții

**CONFIDENȚIAL: restricționați accesul la acest document și păstrați-l în siguranță.**

Notă: Vă rugăm să distribuiți formularul de referință completat persoanei de interes și agenției de primire și să păstrați o copie pentru evidențele interne ale organizației și pentru follow-up.

Agenția de referință	
Agenție/organizație:	Numele personalului:
Telefon:	E-mail:
Locație:	Data referinței:

Agenția receptoare	
Agenție/organizație:	Numele personalului:
Telefon:	E-mail:
Locație:	

Informații despre persoana vizată	
Nume:	Telefon:
Adresa:	Vârstă:
Gen:	Naționalitate:
Limba principală vorbită acasă: alte limbi în care supraviețuitorul este confortabil să vorbească și să primească informații în:	Număr de identificare:
Dacă persoana de interes este un copil (sub 18 ani)	
Numele îngrijitorului principal:	Relația cu copilul:
Informații de contact ale îngrijitorului:	Este copilul separat sau neînsoțit? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu
Îngrijitorul este informat despre referință? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu (Dacă nu, explicați)	

Informații generale/Motivul referinței și serviciile deja furnizate	
A fost informată persoana vizată cu privire la referință? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu (Dacă nu, explicați mai jos)	Persoana vizată a fost îndrumată către vreo altă organizație sau a primit alte servicii? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Nu (Dacă da, explicați mai jos)

--

Servicii solicitate		
<input type="checkbox"/> Servicii de sănătate mintală	<input type="checkbox"/> Servicii de protecție	<input type="checkbox"/> Adăpost
<input type="checkbox"/> Suport psihosocial	<input type="checkbox"/> Asistență legală	<input type="checkbox"/> Transport
<input type="checkbox"/> Servicii sociale	<input type="checkbox"/> Educație	<input type="checkbox"/> Asistență în numerar/materială
<input type="checkbox"/> Asistență medicală	<input type="checkbox"/> Sprijin pentru mijloacele de trai	<input type="checkbox"/> Nutriție
		<input type="checkbox"/> Sprijin pentru copiii născuți ca urmare a exploatării sau abuzului sexual

Vă rugăm să explicați orice servicii solicitate:

--

**Consimțământul pentru eliberarea informațiilor. (Citiți împreună cu supraviețuitorul/îngrijitorul și răspundeți la orice întrebări înainte ca acesta să semneze mai jos. Semnați în numele persoanei de interes/îngrijitorului dacă consimțământul este dat verbal și supraviețuitorul/îngrijitorul nu poate semna.)**

Eu, \_\_\_\_\_ (**numele persoanei vizate**), înțeleg că scopul referinței și al dezvăluirii acestor informații către \_\_\_\_\_ (**numele agenției receptoare**) este de a asigura siguranța și continuitatea îngrijirii în rândul furnizorilor de servicii care doresc să deservească clientul. Furnizorul de servicii, \_\_\_\_\_ (**numele agenției de referință**), mi-a explicat clar procedura de referință și a enumerat informațiile exacte care urmează să fie dezvăluite. Prin semnarea acestui formular, autorizez acest schimb de informații.

Semnătura părții responsabile (supraviețuitor sau îngrijitor dacă este un copil):

Data (ZZ/LL/AA):

**TREBUIE COMPLETAT DACĂ PERSOANA VIZATĂ ESTE UN COPIL DE PESTE 14 ANI (SUB 18)**

Consimțământul pentru eliberarea informațiilor. (Citiți împreună cu supraviețuitorul/persoana vizată/îngrijitorul și răspundeți la orice întrebări înainte ca el/ea să dea acordul, în plus față de consimțământul de mai sus al îngrijitorului. Semnați în numele persoanei vizate/îngrijitorului dacă consimțământul este dat verbal și supraviețuitorul/îngrijitorul nu poate semna.)

Eu, \_\_\_\_\_ (**numele persoanei vizate**), înțeleg că scopul referinței și al dezvăluirii acestor informații către \_\_\_\_\_ (**numele agenției receptoare**) este de a asigura siguranța și continuitatea îngrijirii în rândul furnizorilor de servicii care doresc să deservească clientul. Furnizorul de servicii, \_\_\_\_\_ (**numele agenției de referință**), mi-a explicat clar procedura de referință și a enumerat informațiile exacte care urmează să fie dezvăluite. Prin semnarea acestui formular, autorizez acest schimb de informații.

Data (ZZ/LL/AA):

### Detalii referire

Orice contact sau alte restricții?  Da  Nu (Dacă da, explicați mai jos)

Referința expediată prin: Telefon (numai în caz de urgență)  E-mail  Electronic (de exemplu, aplicație sau bază de date)  Persoană

Follow-up așteptat prin:  Telefon  E-mail  Persoană. După dată (ZZ/LL/AA):

Agențiile de informații sunt de acord să facă schimb de informații:

Când formularul este primit prin e-mail, vă rugăm să răspundeți cu confirmarea de recepționare și înregistrarea cazului.

---