**استمارة الإحالة المشتركة بين المؤسسات**

تاريخ الإحالة : انقر هنا لإدخال تاريخ

مستوى الأولوية : اختار عنصرا

تم تحديد الأولوية وفقا لحاجة خاصة:  نعم  لا

نوع الإحالة : اختر عنصرا

رقم الحالة المخصص من قبل المؤسسة المُحيله: انقر هنا لإدخال النص.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| يمكن التواصل مع مكتب المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون الاجئين[[1]](#footnote-2) (بموافقة ا**لمستفيد**) إذا استوفت الحالة أيًا من المعايير التالية:   |  |  | | --- | --- | | الأطفال غير المصحوبين أو المنفصلين عن ذويهم | تهديد جسدي عاجل | | الأشخاص الذين يواجهون خطرًا عاجلاً/جسيماً على سلامتهم الجسدية[[2]](#footnote-3) | الأشخاص المعرضون لخطر الإعادة القسرية أو الاحتجاز أو الترحيل؛ رفض طلبات اللجوء والسحب الضمني لطلبات اللجوء | |

|  |  |
| --- | --- |
| **المنظمة المحال إليها** | **المنظمة المحيلة** |
| اسم المنظمة: انقر هنا لإدخال النص. | اسم المنظمة :انقر هنا لإدخال النص. |
| اسم جهة الاتصال  :انقر هنا لإدخال النص. | اسم جهة الاتصال  :انقر هنا لإدخال النص. |
| رقم الهاتف: انقر هنا لإدخال النص. | رقم الهاتف: انقر هنا لإدخال النص. |
| البريد الإلكتروني: انقر هنا لإدخال النص. | البريد الإلكتروني: انقر هنا لإدخال النص. |
| العنوان: انقر هنا لإدخال النص. | العنوان: انقر هنا لإدخال النص. |
| **تم تسليم الإحالة بواسطة** :  رقم الهاتف (الطوارئ فقط) البريد الإلكتروني  شخصيا  إلكترونيًا (تطبيق أو قاعدة بيانات) | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **معلومات المستفيد** | | | |
| **الأسم:** انقر هنا لإدخال النص. | | | |
| **نوع هوية المستفيد الثاني:**  **اختار عنصرا**  **رقم الهوية:**  انقر هنا لإدخال النص. | **نوع هوية المستفيد:**  **اختار عنصرا**  **رقم الهوية:**  انقر هنا لإدخال النص. | **النوع الإجتماعي**:  اختار عنصرا | **تاريخ الميلاد:**  انقر هنا لإدخال تاريخ |
| **العنوان:**  المنطقة: انقر هنا لإدخال النص.  المحافظة: انقر هنا لإدخال النص. | | | |
| **الجنسية**:  سوري  تركي عراقي  أفغاني  ايراني  آخرى. حدد اذا كان غير ذلك: انقر هنا لإدخال النص. | | | |
| اللغة /اللغات  العربية التركية الفارسية الكردية الإنجليزية  آخرى . حدد اذا كان غير ذلك: انقر هنا لإدخال النص. | | | |
| **البريد الإلكتروني**: انقر هنا لإدخال النص. | | | |
| رقم الهاتف: انقر هنا لإدخال النص. | | | |
| **رقم هاتف بديل**: انقر هنا لإدخال النص. | | | |
| الصلة بجهة الاتصال البديلة: انقر هنا لإدخال النص. | | | |
| النوع الإجتماعي المفضل لأخصائي الحالة: **اختار عنصرا** | | | |
| النوع الإجتماعي المفضل للمترجم الفوري: **اختار عنصرا** | | | |

|  |
| --- |
| ***إذا كان المستفيد طفلا*** *(أقل من ١٨ عام****)*** |
| هل الطفل غير مصحوب؟ نعم  لا  *(إذا كانت الإجابة بنعم، اتصل بالمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، انظر اعلاه).* |
| هل الطفل منفصل عن ذويه ؟ نعم لا |
| **اسم مقدم الرعاية الأولى/شخص بالغ موثوق به:** انقر هنا لإدخال النص. |
| **علاقة مقدم الرعاية/الشخص البالغ الموثوق به بالطفل:**  انقر هنا لإدخال النص. |
| معلومات الاتصال بمقدم الرعاية/الشخص **البالغ الموثوق به:** انقر هنا لإدخال النص. |
| **نوع هوية المستفيد الخاصه** بمقدم الرعاية/الشخص **البالغ الموثوق به: اختار عنصرا** |
| **رقم هوية** مقدم الرعاية/الشخص **البالغ الموثوق به:** انقر هنا لإدخال النص. |
| هل تم إبلاغ مقدم الرعاية بالإحالة؟نعم  لا  *( إذا كان الجواب* لا *، يرجى شرح السبب)*  انقر هنا لإدخال النص.   |  | | --- | | حالة الاعاقة | | *بناءً على الحالة الفردي (باستخدام اسئلة مجموعة واشنطن WGQs) ، هل تم التعرف على أي من الصعوبات التي يواجهها الفرد في القيام بأي من الأنشطة المذكورة أدناه؟*  *النظر*  *لا توجد صعوبات* ☐ **نعم، بعض الصعوبات** ☐ **نعم، صعوبة كبيرة** ☐ **لا يستطيع/ لا تستطيع على الاطلاق** ☐  **السمع**  *لا توجد صعوبات* ☐ **نعم، بعض الصعوبات** ☐ **نعم، صعوبة كبيرة** ☐ **لا يستطيع/ لا تستطيع على الاطلاق** ☐  المشي / الصعود للأعلى  *لا توجد صعوبات* ☐ **نعم، بعض الصعوبات** ☐ **نعم، صعوبة كبيرة**  ☐ **لا يستطيع/ لا تستطيع على الاطلاق** ☐    التذكر/ التركيز  *لا توجد صعوبات* ☐ **نعم، بعض الصعوبات** ☐ **نعم، صعوبة كبيرة** ☐ **لا يستطيع/ لا تستطيع على الاطلاق** ☐  الرعاية الذاتية  *لا توجد صعوبات* ☐ **نعم، بعض الصعوبات** ☐ **نعم، صعوبة كبيرة** ☐ **لا يستطيع/ لا تستطيع على الاطلاق** ☐  التواصل  *لا توجد صعوبات* ☐ **نعم، بعض الصعوبات** ☐ **نعم، صعوبة كبيرة**  ☐ **لا يستطيع/ لا تستطيع على الاطلاق** ☐ | |

|  |
| --- |
| **سبب الاحالة** |
| *ملاحظة: لا تشارك معلومات عن العنف القائم على النوع الإجتماعي أو اي معلومات حساسة أخرى في هذه الأستمارة (صفحة ١ و٢). استخدم الصفحة رقم ٣ من استمارة الإحالة المشتركة بين االمنظمات ثم قم بحماية كامل المستند بكلمة مرورفي حال كانت الإحالة تتطلب مشاركة أي معلومات حساسة.* |
| **يرجى** وصف المشكلة **(المدة، التكرار،الخ)** والاحتياجات والأولويات: انقر هنا لإدخال النص. |
| **يرجى وصف الخدمات التي قدمتها بالفعل منظمتك أو أي منظمة أخرى:** انقر هنا لإدخال النص. |
| *يرجى**كتابة أي إحالة إلى منظمات أخرى (حسب علمك): انقر هنا لإدخال النص.* |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **الخدمات المقترحة** | | | | | | |
| خدمات مسكن عاجله  خدمات أخرى | | مواد غير غذائيه  خدمات حمايه | خدمات قانونية  مصادر لكسب الرزق  ملجئ | | خدمات نقديه  خدمات تعليمية  طعام | |
| يرجى تحديد فئة الخدمة كما هو مشار إليه في تصنيف الخدمات  انقر هنا لإدخال النص. | | | | | | |
| حدد ‘اخرى’ : انقر هنا لإدخال النص. | | | | | | |
| **اشرح سبب الإحالة والخدمات الموصى بها وحدد الأولويات ، إن وجدت:** انقر هنا لإدخال النص. | | | | | | |
| هل هناك أي **قيود** على جهة الاتصال أو تسريب معلومات؟ ☐ نعم ☐ لا  إذا كانت الإجابة بنعم يرجى الشرح انقر هنا لإدخال النص. | | | | | | |
| بيانات المتصل:  انقر هنا لإدخال النص. | خلال هذه الساعات:  انقر هنا لإدخال النص. | | | خلال هذه الأيام:  **اختار عنصرا** | | يمكن إجراء الاتصال الآمن عن طريق *(بترتيب التفضيل):*  **اختار عنصرا** |
| انقر هنا لإدخال النص. | انقر هنا لإدخال النص. | | | **اختار عنصرا** | | **اختار عنصرا** |
| انقر هنا لإدخال النص. | انقر هنا لإدخال النص. | | | **اختار عنصرا** | | **اختار عنصرا** |
| إذا كان غير ذلك ، يرجى التوضيح: انقر هنا لإدخال النص. | | | | | | |

|  |
| --- |
| **قائمة متابعة الإحالة** |
| **تم تبليغ** المستفيد **عن الأحالة.**  *في حال لم يتم تبليغه وضح ذلك* انقر هنا لإدخال النص. |
| قام المستفيد **بتوقيع موافقة** لمشاركة معلوماته  *في حال لم يوافق وضح ذلك .* انقر هنا لإدخال النص. |
| قدم الطفل **اقرار بالموافقة**  لنشر المعلومات  *في حالة لا وضح ذلك .* انقر هنا لإدخال النص. |
| **تعليق المنظمة المحيلة** |
| تطلب المنظمة المحيلة **تعليقات أو معلومات متابعة بشأن الاقرار بالموافقة الذي قدم من قبل المستفيد :** نعم  لا  *في حالة نعم، وضح هنا.* انقر هنا لإدخال النص. |

**ملحق: إحالة حالات العنف القائم على نوع الجنس والحالات الحساسة**

|  |
| --- |
| للإحالة المشتركة بين الوكالات للناجين من العنف القائم على نوع الجنس/المعرضين للخطر، يرجى إكمال هذه الصفحة وحماية المستند بكلمة مرور. هذه الصفحة يمكن استخدامها أيضًا لأنواع الحالات الأخرى حيث يجب مشاركة معلومات حساسة لغرض الإحالة. يرجى الرجوع إلى وثيقة مبادئ التشغيل الأساسية الموصى بها بشأن خطوات حماية كلمة مرور IARF. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **معلومات المستفيد** | | | | |
| هل المستفيد من الناجين من العنف القائم على نوع الجنس ( اوالمعرضين للخطر) ؟  ممكن. أظن أن المستفيد هو ناجي من العنف القائم على نوع الجنس.  نعم، المستفيد هو أحد الناجين من العنف القائم على نوع الجنس.  نعم، المستفيد هو أحد المعرضين للخطر من العنف القائم على نوع الجنس.  لا، المستفيد ليس ناجيا من العنف القائم على نوع الجنس.  حماية حساسة أخرى. | | | | |
| حدد التعليقات التي لا تتعلق بالعنف القائم على نوع الجنس أو أي تعليقات أخرى ، إن وجدت: انقر هنا لإدخال النص. | | | | |
| ***هل أفصح المستفيد عن أي معلومات عن حالتة/حالتها العاطفية؟*** *إذا كان الأمر كذلك ، فقم بالتسجيل أدناه بكلمات الفرد الخاصة.*  انقر هنا لإدخال النص | | | | |
| ***ما هي ملاحظاتك على الحالة النفسية للمستفيد في نهاية المقابلة/التقييم؟*** انقر هنا لإدخال النص | | | | |
| هل هناك أي شيء يجب أن يكون مقدم الخدمة على دراية به (مثال، محفز أو مثير) أو تعليمات رعاية خاصة أخرى؟  *يرجى التوضيح:* انقر هنا لإدخال النص | | | | |
| ملخص الحادث | | | | |
| رواية *الحادث (بما في ذلك التاريخ) / وصف الحادث (لخص تفاصيل الحادث بكلمات الفرد).* ***أكمل فقط إذا كانت تفاصيل الحادث ذات صلة بالخدمات المطلوبة. قصر المعلومات على ما هو ضروري لكي تعرفه المنظمة المستقبلة.***  انقر هنا لإدخال النص | | | | |
| **نوع الحادث/العنف :**  *راجع* [*أداة تصنيف العنف القائم على نوع الجنس*](https://gbvims.com/wp/wp-content/uploads/ClassificationTool_Feb20112.pdf) *(GBVIMS)* | | | | |
| الحرمان من الموارد والفرص والخدمات  الإساءة النفسية \العاطفية | | الاعتداء الجسدي  الزواج القسري | | الأغتصاب  الاعتداء الجنسي |
| ليس من العنف القائم على نوع الجنس. يرجى التوضيح: انقر هنا لإدخال النص | | | | |
| هل يرغب المستفيد في تقديم شكوى رسمية؟ ☐ نعم ☐ لا ☐غير معروف/غير محدد | | | | |
| الخدماتالمطلوبة | | | | |
| الموافقة الممنوحة: | مستوى الأولوية: | | الخدمة : | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | المأوى الآمن | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | الطبية | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | ☐ الاستشارة الصحية | |
| نعم  لا | على الفور حتي ٧٢ ساعة كحد أقصى | | ☐ المشورة والوقاية من PEP / STI | |
| نعم  لا | على الفور حتي ٥ ايام كحد أقصى | | ☐ وسائل منع الحمل الطارئة | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | ☐ خدمات طبية أخرى: | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | الدعم النفسي أوالاجتماعي (PSS) | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | ☐ المساعدة القانونية | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | الأمن/الشرطة | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | المساعدة النقدية أو المادية | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | سبل العيش | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | التعليم | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | المناصرة (الوصول إلى الخدمات) | |
| نعم  لا | اختار عنصرا | | اخرى | |

معلومات عن استمارة الموافقة وحماية البيانات الشخصية (نموذج)

**[اسم المنظمة]** في تركيا تدعم \_\_\_\_\_ [مثال: المجتمعات المتأثرة بالنزاع و/أو النزوح لتصبح معتمدة على نفسها ومتمكنه وقادرة على تحقيق الاحتياجات والحقوق الأساسية].إن **[اسم المنظمة]** تقوم بهذا من خلال \_\_\_\_\_ [مثال: التعاون مع المجتمع المدني والسلطات التركية ومن خلال استخدام النهج المجتمعية والقائمة على نوع الجنس لتحقيق حلول مستدامة طويلة الأجل وتغيير دائم وتماسك اجتماعي].

تم وصولك إلى **[اسم المنظمة]** من خلال \_\_\_\_\_ التابع لها [مثال: مركز المجتمع، الخط الساخن، الجهود التوعية] في تاريخ \_\_ / \_\_ / \_\_٢٠ وطلبت الاستفادة من \_\_\_\_\_ الخدمات التي تقدمها منظمتنا. لكي تتمكن **[اسم المنظمة]** الذي تحمل لقب مراقب البيانات/ مثل وحدة التحكم في البيانات بتقديم الخدمات التي تحتاجها/تطلبها، فإن بياناتك الشخصية [حدد بوضوح: الاسم واللقب، العمر، رقم الهوية، الجنسية، رقم الهاتف، العنوان، الحالة الصحية، الإدانة الجنائية، الحالة الاجتماعية، معلومات المعلومات المنزلية، معلومات التعليم، معلومات المأوى، الوضع القانوني] يجب تسجيلها وتخزينها وتنظيمها وتحديثها ومعالجتها وتحويلها إلى \_\_\_\_\_ كليًا أو جزئيًا ، تلقائيًا وغير تلقائيًا، بناءً على موافقتك الصريحة وفقا للسبب القانوني الذي ينص بأن "معالجة البيانات إلزامية لإنشاء أو ممارسة أو حماية أحد الحقوق" ووفقًا للمادة رقم ٥ (٢) -هـ من القانون رقم ٦٦٩٨ بشأن حماية البيانات الشخصية. تم إخطارك بأنه يمكنك سحب موافقتك الصريحة في أي وقت.

يرجى العلم بأن معلوماتك ستبقى سرية وسيتم استخدامها لفهم احتياجاتك/مشاكلك ولنتمكن من الوصول إليك لاتخاذها مزيد من الخطوات لدعمك. وفقًا للمادة ١١ من القانون رقم ٦٦٩٨ فإنك تتمتع بالحقوق التالية: الحق في التقدم بطلب إلى **[اسم المنظمة]** ومعرفة ما إذا كانت بياناتك الشخصية قد تم استخدامها ومعالجتها، لمعرفة الغرض من معالجة البيانات وما إذا كانت هذه البيانات تستخدم للأغراض المقصودة، لمعرفة الأطراف الثالثة التي يتم نقل بياناتك الشخصية كليًا أو جزئيًا إليها، لطلب تصحيح البيانات غير الكاملة أو غير الدقيقة إن وجدت، لطلب حذف وإزالة بياناتك الشخصية وفقًا للشروط المنصوص عليها في القانون، لطلب إخطار بالعمليات المنفذة للأطراف الثالثة حيث تمت مشاركة بياناتك الشخصية معهم.

يرجى ملاحظة أن **[اسم المنظمة]** توفر خدمات لصالحك ولديها التزام كامل بحمايتك وحماية بياناتك. في هذا الصدد، لن تشارك **[اسم المنظمة]** حالتك/بياناتك مع أطراف ثالثة ما لم تكن أنت و/أو أي شخص آخر محميًا وفقًا للقانون التركي. قد تنشأ مخاوف تتعلق بالحماية: إذا كان **[اسم المنظمة]** لديها معلومات حول (مخاطر عن) إساءة معاملة طفل؛ لديها قلق بشأن أي مخاطر قد تلحق الضرر بك أو بأي شخص آخر؛ يجب كشفها عن المعلومات إذا كان ذلك مطلوبًا بموجب القانون؛ أيضًا إذا كان على **[اسم المنظمة]** وموظفيها الدفاع عن أنفسهم ضد شكوى رسمية. فإن **[اسم المنظمة]** ستتصل بك قبل اتخاذ أي إجراء من هذا القبيل.

بناءً على موافقتك، ستتم إحالتك إلى \_\_\_\_\_ [مثال: مركز المجتمع، الخط الساخن، الجهود التوعية] التابع ل **[اسم المنظمة]** للحصول على الخدمات \_\_\_\_\_\_\_\_ التي سيتم توفيرها من قبلهم. بناءً على حاجتك / طلبك، بياناتك الشخصية الضرورية للخدمات التي تقدمها المنظمة المُحالة، فإن بياناتك[حدد بوضوح: الاسم واللقب، العمر، رقم الهوية، الجنسية، رقم الهاتف، العنوان، الحالة الصحية، الإدانة الجنائية، الحالة الاجتماعية، معلومات المعلومات المنزلية، معلومات التعليم، معلومات المأوى، الوضع القانوني] يجب تسجيلها وتخزينها وتنظيمها وتحديثها ومعالجتها وتحويلها إلى \_\_\_\_\_ كليًا أو جزئيًا ، تلقائيًا وغير تلقائيًا، بناءً على موافقتك الصريحة وفقا للسبب القانوني الذي ينص بأن "معالجة البيانات إلزامية لإنشاء أو ممارسة أو حماية أحد الحقوق" ووفقًا للمادة رقم ٥ (٢) -هـ من القانون رقم ٦٦٩٨ بشأن حماية البيانات الشخصية. لديك الحق في سحب موافقتك الصريحة في أي وقت من المنظمة المشار إليها ، والحقوق وفقًا للمادة ١١ من القانون رقم ٦٦٩٨ كما هو موضح في الفقرة الثالثة من هذا النموذج.

* أؤكد أن أحد موظفي **[اسم المنظمة]** قد قدم معلومات وإشعارات بالخصوصية حول خدمات \_\_\_\_\_ ، وكيف سيتم تخزين بياناتي الشخصية ومعالجتها ونقلها.  نعم  لا
* لقد أتيحت لي الفرصة للنظر في المعلومات وطرح الأسئلة وأجابت على هذه الأسئلة بشكل مُرض.  نعم  لا
* أفهم حقوقي وفقًا للقانون التركي بشأن حماية البيانات الشخصية رقم ٦٦٩٨.  نعم  لا
* أفهم أن مشاركتي طوعية وأنني حر في الانسحاب من علاقة خدمتي مع **[اسم المنظمة]** في أي وقت. في وقت الانسحاب، يحق لي أن أطلب من **[اسم المنظمة]** إتلاف بياناتي الشخصية.  نعم  لا
* أوافق على إمكانية نقل بياناتي ومعلوماتي الشخصية إلى مزودي الخدمة المعنيين في الدولة وخارجها و في حدود الغرض المحدد ، من خلال الاحتفاظ بها لأقصى فترة مطلوبة ، لدعمي بشكل أفضل.
* نعم
* إذا كان جزئيًا، فحدد ما ينطبق؛ مع المؤسسات العامة/السلطات المحلية ؛ مع المنظمات غير الحكومية المحلية و/أو الدولية
* لا

بموجب هذا أمنح موافقتي الصريحة لـ **[اسم المنظمة]** لمعالجة بياناتي الشخصية.  نعم  لا

اسم المستقيد التاريخ التوقيع

اسم الوصي القانوني التاريخ التوقيع

(إذا لزم الأمر)

اسم الموظف التاريخ التوقيع

اسم المترجم التاريخ التوقيع

1. - يتم تضمين المعلومات المتعلقة بجهات الاتصال التابعة للمفوضية ذات الصلة لكل منطقة جغرافية في وثيقة مبادئ التشغيل الأساسية الموصى بها. [↑](#footnote-ref-2)
2. - وقد يشمل ذلك الأفراد المعرضين لخطر جرائم الشرف ؛ الأشخاص المعرضين للخطر من مجتمع الميم ؛ الناجين من العنف القائم على الجنس؛ الناجين والمعرضين لخطر العنف والتعذيب. [↑](#footnote-ref-3)