



Приоритет:	Насочен чрез:	Дата на насочване:	Код:
<input type="checkbox"/> Висок (последяване направено в рамките на 24 часа) <input type="checkbox"/> Среден (последяване направено в рамките на 3 дни) <input type="checkbox"/> Нисък (последяване направено в рамките на 7 дни)	<input type="checkbox"/> Телефон (само с висок приоритет) <input type="checkbox"/> Имейл <input type="checkbox"/> Лично		

Насочен от:	Насочен към:
Агенция: Име: Позиция: Контакт (телефон/електронна поща): Местонахождение:	Агенция: Име: Позиция: Контакт (телефон/електронна поща):

Информация за бенефициента (Цялата лична информация е ПО ИЗБОР в зависимост от степента на подробности, които бенефициентът е съгласен да разкрие)		
Име:	Дата на раждане:	ID №:
Адрес/Местонахождение:	Пол:	
Телефон:	Националност:	
	Език:	

Ако бенефициентът е непълнолетен	
Име на основния настойник: Връзка с детето:	Информация за контакт с лицето настойник:
Настойникът е информиран за препращането? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Не (Ако не, обяснете)	

СПЕЦИФИЧНИ НУЖДИ (ВКЛЮЧВАЙТЕ САМО ИНФОРМАЦИЯ, КОЯТО Е ОТ ЗНАЧЕНИЕ ЗА ПРИЕМАЩАТА АГЕНЦИЯ)	
<input type="checkbox"/> Дете в риск <input type="checkbox"/> Жена в риск <input type="checkbox"/> Възрастен човек в риск <input type="checkbox"/> Единствен родител <input type="checkbox"/> Оцелял от насилие основано на пола (вкл. сексуално насилие и експлоатация) <input type="checkbox"/> Лице с увреждане <input type="checkbox"/> Сериозно медицинско състояние	<input type="checkbox"/> Специфична нужда от правна или физическа защита <input type="checkbox"/> В риск от физическо/психологическо насилие, пренебрегване или експлоатация <input type="checkbox"/> Задържан/задържана в страната на убежище <input type="checkbox"/> В риск от отстраняване <input type="checkbox"/> Други Правна помощ/Застъпничество, Регистрация

Други членове на семейството със специфични нужди			
	Име	Специфична нужда	Връзка
01			
02			
03			

Основна информация/причина за насочване: (описание на проблема, продължителност, честота и др.)

Услуги, които вече са предоставени: (включете всички други насочвания)		
Агенция	Предоставена подкрепа	Дата (вкл. текуща)

Необходими услуги (посочете приоритет 1, 2, 3 и т.н.):



- | | | | |
|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Физическо здраве | <input type="checkbox"/> Психично здраве и психосоциална помощ | <input type="checkbox"/> Закрила | <input type="checkbox"/> Образование |
| <input type="checkbox"/> Материална помощ | <input type="checkbox"/> Посещение у дома или оценка | <input type="checkbox"/> Начин за препитание | <input type="checkbox"/> Правна помощ |
| <input type="checkbox"/> Финансова помощ | <input type="checkbox"/> Помощ с храна | <input type="checkbox"/> Закрила за деца | <input type="checkbox"/> Друго |

Посочете:

Съгласие за предоставяне на информация (прочетете с лицето, за което се отнасяте, и отговорете на всички въпроси, преди то да подпише по-долу)

I, _____ (име), разбирам, че целта на насочването и на разкриването на тази информация към (агенцията за насочване) е да се гарантира безопасността и продължителността на грижите между доставчиците на услуги, които искат да обслужват това семейство. Доставчикът на услуги, (насочваща агенция), ясно ми обясни процедурата по насочването и посочи точната информация, която трябва да бъде разкрита. С подписването на този формуляр разрешавам този обмен на информация.

Подпис на отговорното лице:

Име на лицето (или на настойника, ако е непълнолетен)

Дата:

Подробности за насочването:

Лицето е било информирано за насочването? Да Не (Ако не, обяснете)

Лицето е подписало съгласие за предоставяне на информация? Да Не (Ако не, обяснете)

Има ли ограничения за контакт или други ограничения? Да Не (Ако да, обяснете)

Прието ли е насочването? Да Не (Ако не, обяснете)

Изисква ли се отговор от агенцията към която е направено насочването? Да Не

Приемаща организация:

Насочването е получено от:

Отговор, предоставен на насочващата агенция от:

Дата:

Дата: