|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Priority الأولوية** | **Referred via تمت الإحالة عبر** | **Referral Date تاريخ الإحالة** |
| Fast track *(Follow up requested within 24 hours*)  (المتابعة مطلوبة خلال ٢٤ ساعة) الإحالات الطارئة  Normal *(Follow up within 7 days*)  الإحالات العادية (المتابعة مطلوبة خلال ٧ أيام) | Phone (Fast track only)  الهاتف (للإحالات الطارئة فقط)  Email  البريد الإلكتروني  In Person  شخصياً |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Referred To الإحالة الى** | | **Referred By الإحالة من** | |
| Agency/Health Center:  Location:  Phone:  Focal Point:  Email: | المنظمة/المركز الصحي:  المنطقة:  رقم الهاتف:  جهة الاتصال:  البريد الإلكتروني: | Agency:  Location:  Phone:  Focal Point:  Email: | المنظمة:  المنطقة:  رقم الهاتف:  جهة الاتصال:  البريد الإلكتروني |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Client Information معلومات العميل** | | | | | |
| Name:  Address:  Phone: | الإسم:  العنوان:  رقم الهاتف: | UNHCR Case Number:  Age:  Sex: [F] [M] |  |  | رقم الملف لدى المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين :  العمر:  [ذكر] او[انثى] الجنس: |

|  |  |
| --- | --- |
| **If Client is a Minor** | |
| Name of Primary Caregiver:  Relationship to Child: \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
| Address:  Phone:  Caregiver informed of the referral?  Yes  No (If no, explain)\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| |  | | --- | | **اذا كان العميل قاصراً** | | |
| اسم مقدم(ة) الرعاية:  صلة القرابة بالطفل(ة):  العنوان:  رقم الهاتف:  هل تم تبليغ مقدم(ة) الرعاية عن هذهِ الإحالة؟  نعم  كلا (اذا كان الجواب كلا، الرجاء الشرح)\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |
| --- |
| **SPECIFIC NEEDS الإحتياجات الخاصة** |
| **If you come across the following situation, please refer the case as per sectors’ specific procedures and referral pathways.**  **إذا واجهت إحدى الحالات التالية، يرجى إحالة الملف وفقا للإجراءات المحددة للقطاعات ومسارات الإحالة.** |
| **Child Protection:** It can include children with specific needs,victim of/ at risk of abuse/neglect/violence**,** taking care of siblings alone, head of household, separated/unaccompanied, engaged in the worst form of childlabour – e.g. street-based work, exploitative work, physically dangerous work, etc. – at risk or victims of child marriage.  **حماية الطفل:** يمكن أن تشمل الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة، ضحايا / أو المعرضين للإساءة أو الإهمال/العنف ، المسؤولين عن رعاية أشقائهم من دون وصي، رب(ة) الأسرة، المنفصلين عن الأهل البيولوجيين/ غير المصحوبين من قبل وصي قانوني، المستخدمين في أسوأ أشكال عمالة الأطفال - على سبيل المثال: عمل الأطفال في الشوارع، والعمل الاستغلالي، والعمل الخطير جسديا، وما إلى ذلك - الضحايا / المعرضين لزواج الأطفال.  **Safe Spaces and Psychosocial Support (GBV prevention and response services)** It can include victim/ at risk of physical and/or psychological violence, abuse or neglect, exploitation, early marriage etc.  **المساحات الآمنة والدعم النفسي والاجتماعي (خدمات الوقاية والاستجابة للعنف المبني على أساس النوع االجتماعي):** يمكن أن يشمل الضحية / المعرض)ة( لخطر العنف الجسدي و / أوالعنف النفسي، الإساءة أو الإهمال، الإستغلال، والزواج المبكر الخ.  **Legal:** It can include family members arrested / detained / issued with departure order, in need of mediation with the landlord, employer, service provider or need of individual support on legal issues (i.e. residency, birth or marriage registration).  **قانونية:** يمكن أن يشمل أفراد الأسرة الموقوفين / المعتقلين / الصادر بحقه(ا) أمر مغادرة، في حاجة إلى الوساطة مع مالك الأرض/البيت أو صاحب العمل أو مزود الخدمة أو الحاجة إلى الدعم الفردي في المسائل القانونية (أي تسجيل الإقامة أو الولادة أو الزواج).  **Persons with Specific Needs:** It can includeolder person unable to care for self, single parents caring for dependents (<18, including older people)**,** person with a disability lacking a caregiver and/or unable to care for self and individuals facing specific protection risks (e.g. risk of removal, harassment by community members/authorities, other).  **الأشخاص ذوي الاحتیاجات الخاصة:** یمکن أن یشمل الشخص المسن غیر القادر علی الرعایة الذاتیة، الأسرة ذات الوالد الواحد المعيل للقاصرين ما دون ١٨ سنة والمسنين، أو الشخص ذو الإعاقة الذي یفتقر إلی مقدم الرعایة و / أو غیر قادر(ة) علی رعایة نفسه، والأفراد الذین یواجھون مخاطر حمایة معینة (مثل خطر الإبعاد، المضايقة من قبل أفراد المجتمع / السلطات، وغيرها).  **Basic Assistance/Food Assistance:** It can include lost PIN, lost card, mistreatment by bank staff, card malfunctioning, concerns related to exclusion from cash/food, in need of Core Relief Items/Non-Food Items.  **المساعدة الأساسية/المساعدة الغذائية:** يمكن أن تشمل ارقام التعريف الشخصي المفقودة، البطاقة المفقودة، سوء المعاملة من قبل موظفي البنك، عطل في البطاقة، المخاوف المتعلقة بالاستبعاد من المساعدة النقدية/الغذائية، في حاجة إلى مواد الإغاثة الأساسية / المواد غير الغذائية.  **Health:** It can include individuals in need of specialized mental health services and individuals in need of hospital care (not otherwise covered by UNHCR/NEXtCARE).  **الصحة:** يمكن أن تشمل الأفراد الذين يحتاجون إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة والأفراد الذين يحتاجون إلى الرعاية في المستشفيات (الذين لا تشملهم تغطية من قبل المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين/ NEXtCARE).  **Education:** It can include a child not attending school or at risk of dropping out from school, or community learning spaces, rejected enrolment of child by public school. It also includes children and youth who have special needs in need for learning support or referral to specialized services.  **التعليم:** يمكن أن يشمل الطفل الذي لا يذهب إلى المدرسة أو المعرض لخطر ترك المدرسة، أو مساحات التعلم المجتمعية، والإبلاغ عن العقاب البدني / الإساءة البدنية أو اللفظية من قبل المعلمين أو أقرانهم في المدارس العامة، ورفض تسجيل الأطفال في المدارس الحكومية. ويشمل أيضا الأطفال والشباب ذوي الاحتياجات الخاصة أو المحتاجين إلى دعم تعليمي أو إحالة إلى الخدمات المتخصصة.  **Shelter:** It can include new arrivals/homeless/eviction cases with no shelter, bad shelter conditions in informal settlements, residential and non-residential structures, heavy flooding/inundation in informal settlements and destroyed shelters due to fire or natural hazards.  **المأوى:** يمكن أن يشمل الوافدين الجدد / المشردين / حالات الإخلاء من دون مأوى، وظروف المأوى السيئة في المستوطنات غير الرسمية، والمباني السكنية وغير السكنية، والفيضانات / الغمر الشديد في المستوطنات غير الرسمية، والملاجىء المدمرة بسبب الحريق أو الأخطار الطبيعية. |
|  |

|  |
| --- |
| **Background Information/Reason for Referral: (problem description, duration, frequency, etc.)** |
| **معلومات حول خلفية / سبب الإحالة: (وصف المشكلة، مدتها، مدى تكرارها، وما إلى ذلك)** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Services already provided: (include any other referrals made)**  **الخدمات المقدمة سابقاً: (تشمل أي إحالات سابقة)** | | |
| **Agency**  **المنظمة** | **Support**  **الدعم** | **Date (incl. ongoing)**  **التاريخ (بما في ذلك الخدمات السارية)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Services Requested: الخدمة المطلوبة** |
| Child Protection – حماية الطفل  Education - التعليم  Safe Spaces and PSS Support (Women/Girls/Men/Boys) - المساحات الآمنة والدعم النفسي والاجتماعي (النساء / الفتيات / الرجال / الفتيان)  Legal - قانونية  Persons with Specific Needs - الأشخاص ذوي الاحتیاجات الخاصة  Basic Assistance – المساعدة الأساسية  Health - الصحة  Education - **التعليم**  Shelter - **المأوى** |
| **Specify (optional)حدد (اختياري):** |

|  |
| --- |
| **Consent to Release Information (Read with client and answer any questions before s/he signs below)**  **الموافقة على مشاركة المعلومات (اقرأ مع العميل(ة) وأجب عن أي أسئلة قبل أن يوقع/توقع أدناه))** |
| The service provider, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, has clearly explained the procedure of the referral to me and has listed the exact information that is to be disclosed. By signing this form, I authorize this exchange of information to the specified service provider/s for the specific purpose of providing assistance to my family and/or myself.  إن مقدم الخدمة، \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_،قد شرح لي بوضوح إجراءات الإحالة وأدرج المعلومات المحددة التي منحت موافقتي على مشاركتها. من خلال التوقيع على هذا النموذج، أوافق على مشاركة المعلومات مع مقدم(ي) الخدمة المحددة لغاية تقديم المساعدة لأسرتي و / أو نفسي.    Signature of Client: Date:  التاريخ توقيع العميل |

|  |
| --- |
| **Details of Referral:** |
| Client has been informed of referral?  Yes  No (If no, explain)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Client has signed consent to release information?  Yes  No (If no, explain) Hotline Referral \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Any contact or other restrictions?  Yes  No (If yes, explain)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **تفاصيل الإحالة** |
| (اذا كان الجواب كلا، الرجاء الشرح) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  كلا هل تم ابلاغ العميل بالإحالة؟ نعم  (اذا كان الجواب كلا، الرجاء الشرح)إحالات الخط الساخن \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  كلا هل وقع(ت) العميل(ة) الموافقة على مشاركة المعلومات؟ نعم  (اذا كان الجواب كلا، الرجاء الشرح) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  كلاهل هنالك أي قيود على الإتصال أو غيرها؟ نعم |