

Форма звернення / направлення і збору первинної інформації¹

Номер звернення / направлення _____ Дата отримання звернення / направлення _____

Чи один із батьків / опікунів знає про звернення / направлення? Так Ні
Повторне звернення / направлення

Форма звернення / направлення (усна, письмова, телефонний дзвінок, ін.)

Звідки надійшло звернення / направлення:

Самозвернення Родичі Сусіди Анонімно Міліція Суд
Підрозділи органів виконавчої влади: охорони здоров'я освіти у справах сім'ї та молоді праці та соціального захисту служба у справах дітей
Інше

Адреса організації, що направила _____

Тел. _____

Особисті дані про дитину / молоду людину²

Прізвище _____ Ім'я _____

Дата народження _____ Стать _____

Статус (якщо такий встановлено)³ _____

Адреса _____

Тел. _____

Адреса проживання, якщо відрізняється від вищезазначеної _____

Тел. _____

Зміст звернення / причина направлення

¹ Ця форма звернення / направлення та збору первинної інформації розроблена на основі матеріалів публікації (Framework for the Assessment of Children and their Families. – London: The Stationery Office, 2000) Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти та праці уряду Великої Британії.

² Відповідно до Закону України "Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування" № 2342 від 13.01.2005 р. особи із числа дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, – особи віком від 18 до 23 років, у яких у віці до 18 років померли або загинули батьки, та особи, які були віднесені до дітей, позбавлених батьківського піклування.

³ Дитина-сирота чи дитина, позбавлена батьківського піклування; дитина-інвалід; постраждалий/ла від аварії на Чорнобильській АЕС.

Батьки / опікуни / піклувальники / дитини / молоді людини, які проживають з нею за однією адресою

П.І.Б.	Відношення до дитини	Права батьків
_____	_____	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>
_____	_____	Так <input type="checkbox"/> Ні <input type="checkbox"/>

Інші особи, з якими проживає дитина (включаючи й не членів сім'ї)

П.І.Б.	Дата народження	Відношення до дитини	Статус ⁴ (якщо такий встановлено)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Члени сім'ї, які не живуть разом з дитиною

П.І.Б. _____	П.І.Б. _____
Відношення до дитини _____	Відношення до дитини _____
Адреса _____	Адреса _____
Тел. _____	Тел. _____

Родичі та інші особи, які відіграють важливу роль в житті дитини, але не проживають з нею разом

П.І.Б.	Відношення до дитини	Адреса, телефон
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

⁴ Стосовно дорослих: учасник бойових дій; ветеран ВВ; інвалід I–IV групи; пенсіонер; постраждалий/а внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС; державний службовець; статус, отриманий за особливі заслуги (вчені звання, чемпіони Олімпійських ігор тощо).

Інші справи ЦСССДМ, які пов'язані з дитиною / молодого людиною

Номер справи _____ Служба, особа яка вела / веде справу _____

Стосовно кого заведено _____

Номер справи _____ Служба, особа, яка вела / веде справу _____

Стосовно кого заведено _____

Організації / особи, які працюють з дитиною / сім'єю на момент звернення / направлення

Педіатр / сімейний лікар / дільничний терапевт Тел. _____

Медсестра в школі / дитячому садку Тел. _____

Психолог / соціальний педагог Тел. _____ Класний керівник / вихователь

Працівник кримінальної міліції у справах неповнолітніх Тел. _____

Дільничний міліціонер Тел. _____

Працівник служби у справах дітей Тел. _____

Працівник відділу у справах сім'ї та молоді Тел. _____

Інші _____ Тел. _____

_____ Тел. _____

Додаткова інформація, отримана на етапі звернення / направлення

Наступні дії:

Практична примітка:

переконайтесь, що це звернення / направлення прикріплене до попередніх звернень / направлень

Надання інформації і поради Направлення до іншої організації (зазначте, до якої саме)

Початкова оцінка _____

Інше _____

Спеціаліст, який прийняв звернення / направлення _____ Підпис _____

П.І.Б. менеджера / начальника відділу _____

Дата _____ Підпис _____