

Форма початкової оцінки¹

Примітка: якщо заздалегідь відомо, що є необхідність у проведенні комплексної оцінки, соціальні працівники мають визначити доцільність заповнення всіх розділів даної форми.

Номер звернення / направлення _____
 Дата отримання звернення / направлення _____

Прізвище, ім'я дитини / молодшої людини _____
 Стать _____ Дата народження _____
 Статус (якщо такий встановлено) _____
 Адреса _____
 Номер телефону _____

Дата початку оцінки

Дата завершення оцінки

Примітка: дана інформація заповнюється у разі її відсутності у формі звернення.

Батьки / опікуни / піклувальники дитини / молодшої людини, що проживають з нею за однією адресою

П.І.Б.	Відношення до дитини	Права батьків / опікунів
_____	_____	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 (якщо такий встановлено)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Члени сім'ї, які не живуть разом з дитиною

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

¹ Ця форма початкової оцінки 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.

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
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Організації / особи, з якими контактували / залучали протягом початкової оцінки

Педіатр Тел. _____ Медсестра в школі / дитячому садку Тел. _____
 Психолог / соціальний педагог Тел. _____
 Класний керівник / вихователь Тел. _____
 Працівник кримінальної міліції у справах неповнолітніх / дільничний Тел. _____
 Працівник служби у справах дітей Тел. _____
 Інші _____ Тел. _____
 _____ Тел. _____

Причини проведення початкової оцінки (узагальнена інформація на підставі даних із форми звернення / направлення)**Потреби дитини / молодшої людини для розвитку**

Будь ласка, надайте інформацію із врахуванням сильних сторін і труднощів розвитку та виховання дитини / молодшої людини.

Здоров'я

Освіта

Емоційний розвиток і поведінка, самообслуговування

Самоусвідомлення і соціальна презентація

Сімейні та соціальні стосунки

**Здатність батьків / опікунів / піклувальників
належним чином реагувати
на потреби дитини / молодшої людини**

Будь ласка, зазначте як сильні сторони, так і труднощі / проблеми.

Елементарний догляд

Гарантія безпеки

Емоційне тепло

Стимулювання

Життєві орієнтири і обмеження

Стабільність

Проблеми, які негативно впливають на здатність батьків / опікунів / піклувальників належним чином реагувати на потреби дитини / молодшої людини

Зазначте необхідне: хронічні захворювання , психічна хвороба , зловживання алкоголем , зловживання наркотичними речовинами , насильство в сім'ї , насильство щодо дитини , інвалідність , відсутність базової освіти , інше .

Уточнення чи доповнення інформації:

Фактори сім'ї та середовища, які впливають на дитину і сім'ю

<p>Історія сім'ї та її функціонування</p>
<p>Родичі, ресурси громади, соціальна інтеграція сім'ї</p>
<p>Житлово-побутові умови</p> <p><i>(Див. акт обстеження житлово-побутових умов)</i> _____</p>
<p>Зайнятість, доходи <i>(будь ласка, вкажіть інформацію стосовно фінансових проблем)</i></p>
<p>Підсумок</p> <p><i>Зробіть підсумок щодо потреб в розвитку дитини / молодої людини; здатності батьків / опікунів / піклувальників належним чином реагувати на потреби дитини; факторів сім'ї та середовища, які негативно впливають на дитину / сім'ю.</i></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Негайні дії

Негайні дії з метою захисту дитини Дата _____
Які саме _____

**Послуги, надані у ході початкової оцінки
 (в т. ч. направлення до інших організацій)**

№ з/п	Зміст послуги	Дата	Відповідальний, залучені особи / організації

Наступні дії

Завершення роботи
 Ініціювання комплексної оцінки¹
 Підпис спеціаліста, який провів початкову оцінку _____ Дата _____
 Підпис менеджера / керівника підрозділу _____ Дата _____

Коментарі батьків / опікунів / піклувальників

Я ознайомлений/а зі змістом форми початкової оцінки
Я отримав/ла копію початкової оцінки Так Ні
 Підпис одного з батьків / опікунів / піклувальників _____
 Дата _____

¹ Комплексна оцінка має починатися відразу (на наступний робочий день) після завершення початкової оцінки