

## Zaštita od seksualne eksploatacije i zlostavljanja

### OBRAZAC ZA UPUĆIVANJE

**POVERLJIVO: Molimo vas da ograničite dostupnost ovog dokumenta i da ga čuvate na sigurnom.**

Napomena: Molimo vas da primerke popunjenog obrasca podelite sa žrtvom i službom prijema, a da jedan primerak zadržite zbog interne evidencije organizacije i naknadnih koraka.

Služba koja upućuje	
Služba /organizacija:	Kontakt osoba:
Telefon:	I-mejl:
Mesto:	

Služba prijema	
Služba /organizacija:	Kontakt osoba:
Telefon:	I-mejl:
Mesto:	

Informacije o žrtvi	
Ime:	Telefon:
Adresa:	Godine:
Pol:	Nacionalnost:
Jezik:	Broj lične isprave:

Ukoliko je žrtva maloletna (mlađa od 18)	
Ime primarnog staratelja:	Odnos sa detetom:
Kontakt informacije staratelja:	Da li je dete odvojeno ili bez pratnje? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Staratelj je obavešten o upućivanju? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (ako nije, objasnite.)	

Informacije o kontekstu/Razlozi za upućivanje i već pružene usluge	
Da li je žrtva obaveštena o upućivanju? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (ako nije, objasnite)	Da li je žrtva upućena i nekoj drugoj organizaciji? <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne (Ako jeste, objasnite)

**Zahtevane usluge**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> usluge mentalnog zdravlja | <input type="checkbox"/> usluge zaštite    | <input type="checkbox"/> sklonište                                |
| <input type="checkbox"/> psihosocijalna podrška    | <input type="checkbox"/> pravne usluge     | <input type="checkbox"/> materijalna pomoć                        |
| <input type="checkbox"/> socijalne usluge          | <input type="checkbox"/> obrazovanje       | <input type="checkbox"/> ishrana                                  |
| <input type="checkbox"/> medicinske usluge         | <input type="checkbox"/> podrška življenju | <input type="checkbox"/> podrška za decu rođenu kao posledica SEZ |

Molimo vas da objasnite svaku uslugu koju ste zahtevali:

**Pristanak na deljenje informacija. (Pročitajte sa žrtvom/starateljom i odgovorite na sva pitanja pre nego što on/ona potpiše. Potpišite umesto žrtve/staratelja, ukoliko je pristanak dat usmeno i žrtva/staratelj ne može da potpiše.)**

Ja, \_\_\_\_\_ (**ime žrtve**), razumem svrhu ovog upućivanja i da otkrivanja ovih informacija \_\_\_\_\_ (**ime prijemne agencije**) ima za svrhu da obezbedi bezbednost i kontinuitet zaštite među pružaocima usluga koji rade sa klijentom. Pružalac usluga, \_\_\_\_\_ (**ime agencije koja upućuje**), detaljno mi je objasnio proceduru upućivanja i nabrojao mi je konkretne informacije koje će biti otkrivene. Potpisivanjem ovog formulara, dajem svoj pristanak na ovu razmenu informacija.

Potpis odgovornog lica (žrtva ili staratelj deteta žrtve):

Datum (DD/MM/GG):

**Pojedinosti upućivanja**

Ograničenja vezana za kontakt i druga ograničenja?  Da  Ne (ukoliko je odgovor Da, objasnite)

Upućivanje obavljeno preko:  Telefon (samo u hitnim slučajevima)  I-mejl  elektronski (npr, aplikacija ili baza podataka)  Lično

Dalji kontakti se očekuju preko:  Telefon  I-mejl  Lično. Do datuma (DD/MM/GG):

Informacije za koje se agencije slažu da će ih deliti tokom daljih aktivnosti:

Ime i potpis recipijenta:

Datum prijema (DD/MM/GG):