

रेफरल प्रक्रिया

गोपनीय: कृपया इस दस्तावेज़ तक पहुंच प्रतिबंधित करें और इसे सुरक्षित रूप से संग्रहीत रखें।

नोट: कृपयासर्वाइवर और प्राप्त करने वाली एजेंसी के साथ भरे हुए रेफरल फॉर्म की प्रतियां साझा करें और संगठन के आंतरिक रिकॉर्ड और फॉलो-अपके लिए एक प्रति रखें।

रेफर करने वाली एजेंसी

एजेंसी/संस्था	संपर्क
फ़ोन	ई-मेल
स्थान	

प्राप्त करने वाली एजेंसी

एजेंसी/संस्था	संपर्क
फ़ोन	ई-मेल
स्थान	

सर्वाइवर से सम्बंधित जानकारी

नाम	फ़ोन
पता	उम्र
लिंग	राष्ट्रीयता
यदि सर्वाइवर नाबालिग है (18 वर्ष से कम)	
प्राथमिक देखभाल करने वाले का नाम:	बच्चे से संबंध:
देखभाल करने वाले के लिए संपर्क जानकारी:	क्या बच्चा अलग या बिना किसी साथी के है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं
देखभालकर्ता को रेफरल के बारे में सूचित किया गया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (यदि नहीं, तो स्पष्ट करें)	

पृष्ठभूमि की जानकारी / रेफरल और पहले से ही प्रदान की गई सेवाओं का कारण

क्या सर्वाइवर को रेफरल की सूचना दी गई है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (यदि नहीं, तो स्पष्ट करें)	क्या सर्वाइवर को किसी अन्य संगठन में भेजा गया है? <input type="checkbox"/> हाँ <input type="checkbox"/> नहीं (यदि हाँ, तो स्पष्ट करें)
--	---

जिन सेवाओं का अनुरोध किया है		
<input type="checkbox"/> मानसिक स्वास्थ्य सेवाएँ <input type="checkbox"/> मनोसामाजिक समर्थन <input type="checkbox"/> सामाजिक सेवा <input type="checkbox"/> चिकित्सा देखभाल	<input type="checkbox"/> सुरक्षा सेवाएँ <input type="checkbox"/> कानूनी सहायता <input type="checkbox"/> शिक्षा <input type="checkbox"/> आजीविका सहायता	<input type="checkbox"/> आश्रय <input type="checkbox"/> सामग्री सहायता <input type="checkbox"/> पोषण <input type="checkbox"/> एस.ई.ए. के परिणामस्वरूप पैदा हुए बच्चों के लिए सहायता
कृपया किसी भी अनुरोधित सेवाओं की व्याख्या करें:		

सूचना जारी करने पर सहमति (सर्वाइवर/ देखभालकर्ता के साथ पढ़ें और नीचे उसके हस्ताक्षर करने के पहले उसके प्रश्नयदि हो तो, का उत्तर दें। सर्वाइवर/ देखभालकर्ता की ओर से हस्ताक्षर करें यदि सहमति मौखिक रूप से दी गई है और सर्वाइवर/ देखभालकर्ता हस्ताक्षर नहीं कर सकता है।)

मैं, _____ (सर्वाइवरका नाम), यह समझता हूँ कि _____ (प्राप्त करनेवाली एजेंसी का नाम) को इस जानकारी को प्रकट करने और सेवा प्रदान करने का उद्देश्य ग्राहक की सेवा करने के लिए सेवा प्रदाताओं के बीच देखभाल की सुरक्षा और निरंतरता सुनिश्चित करना है। सेवा प्रदाता, _____ (संदर्भ एजेंसी का नाम), ने मुझे रेफरल की प्रक्रिया को स्पष्ट रूप से समझाया है और सटीक जानकारी सूचीबद्ध की है जिसका खुलासा किया जाना है। इस फॉर्म पर हस्ताक्षर करके, मैं सूचना के इस आदान-प्रदान को अधिकृत करता हूँ।

जिम्मेदार दल का हस्ताक्षर (यदि सर्वाइवरया देखभाल करने वालाकोई बच्चा हैतो):

दिनांक (DD/MM/YY):

रेफरल का विवरण

कोई संपर्क या अन्य प्रतिबंध? हाँ नहीं (यदि हाँ, तो कृपया नीचे समझाएँ)

रेफरल कामाध्यम फोन (केवल आपातकालीन), ई-मेल इलेक्ट्रॉनिक रूप से (जैसे, ऐप या डेटाबेस) व्यक्ति के तौर पर मिल कर

फॉलो-अप किस माध्यम से अपेक्षित है: फोन ई-मेल व्यक्ति के तौर पर मिल कर, इस तारीख तक(DD/MM/YY):

जो सूचना एजेंसियां फॉलो-अप कार्यवाही करने में साझा करने के लिए सहमत हैं:

प्राप्तकर्ता का नाम और हस्ताक्षर:

प्राप्त करने कादिनांक (DD/MM/YY) :