****

**Рекомендаційна форма психологічної підтримки, Український проект (Дорослі)**

|  |
| --- |
| **Дата надання рекомендації:**  |
| **Підтверджена Згода була надана клієнтом для надання до базі даних Ради Біженців: так/ні** |
| **Данні клієнта** |
| **Ім’я:** | **Прізвище:** |
| **Дата народження:**  | **Вік:**  | **Стать:** |
| **Поточна адреса:** | **Номер телефону:** |
| **Країна походження:**Україна**Національність/етнос:****Бажана мова:****Бажана стать терапевта:**  **[ ]  Чоловіча [ ]  Жіноча [ ]  Інша** **[ ]  Преференції не відомі (РБ запитати клієнта, коли будете бронювати оцінювання)**  | **Потрібен перекладач:** **[ ]  Так** **[ ]  Ні****Бажаний перекладач (якщо відомий):****Мова:** **Бажана стать перекладача:** **[ ]  Чоловіча** **[ ]  Жіноча [ ]  Інша** **[ ]  Преференції не відомі (РБ запитати клієнта, коли будете бронювати оцінювання)**  |

|  |
| --- |
| **Статус підтримки** |
| **[ ]  Візова схема Українська сім’я** **[ ]  Дім для України** | **Дата прибуття до ВБ:** |
| **BRP номер:** |
| **Іншій реєстраційний номер (будь ласка визначте):** |
| **Номер загальної лікарняної практики (GP):****Номер телефону GP:**  | **Адреса GP :** |

|  |
| --- |
| **Інформація клієнта та надані проблеми** |
| **Будь ласка надайте скорочену розповідь** |
| **Труднощі психічного здоров’я:** |
| **Проблеми фізичного здоров’я/доступ:** |
| **Практичні та/чи потреби соціальної підтримки**[ ]  **Рекомендації з приводу фізичного здоров’я/захист** [ ]  **Рекомендації з приводу психічного здоров’я/захист**[ ]  **Пільги/фінансова порада/захист**[ ]  **Освіта дітей**[ ]  **Освіта дорослих/ESOL** [ ]  **Соціальна підтримка**[ ]  **Підтримка в працевлаштуванні** [ ]  **Інші (будь ласка надайте деталі нижче)** **Будь ласка надайте деталі будь-яких потреб практичної підтримки:**  |
| **Небезпека, наприклад, ризик заподіяння собі шкоди чи шкоди іншім:** |
| **Залучені інші агенції (наприклад, Команда психічного здоров’я громади, Соціальні служби, Агенція з питань домашнього насильства, та інш.):**  |
| **Пріоритет рекомендаційного листа (термінове/не термінове):** |
|  |
| **Відомості про того, хто надав рекомендацію** |
| **Ім’я:** **Організація:****Посада:****Контактний номер:**  |

Please return this form to: Therapeutic.Sheffield@refugeecouncil.org.uk