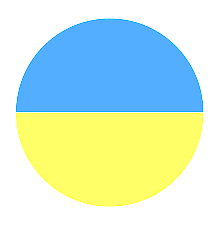
****

**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](mailto:Therapeutic.Sheffield@refugeecouncil.org.uk)