

БЛАНК СООБЩЕНИЯ

О ПРЕДПОЛАГАЕМОМ СЛУЧАЕ НАСИЛИЯ, ПРЕНЕБРЕЖЕНИЯ, ЭКСПЛУАТАЦИИ И ТРАФИКА РЕБЕНКА № -----

ВНИМАНИЕ! Рубрики Бланка сообщения заполняются первичной информацией, полученной лицом, отправившим Бланк. В случае если отправитель не обладает информацией для заполнения всех рубрик, данные рубрики не заполняются.

1. ОТПРАВИТЕЛЬ	2. ДАТА И ВРЕМЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О ПРЕДПОЛАГАЕМОМ СЛУЧАЕ
Имя, Фамилия	День ____ / месяц ____ / год ____ Время ____
Учреждение / Организация:	3. ДАТА И ВРЕМЯ ОТПРАВКИ БЛАНКА СООБЩЕНИЯ
Должность отправителя:	День ____ / месяц ____ / год ____ Время ____
Контактные данные:	4. ПОЛУЧАТЕЛЬ
	Орган опеки местности _____ _____ (Адрес, контактные данные)

5. УЧРЕЖДЕНИЯ / ОРГАНИЗАЦИИ, КОТОРЫЕ БЫЛИ ПРОИНФОРМИРОВАНЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНО		
<input type="checkbox"/> Инспекторат полиции	АДРЕС, КОНТАКТНЫЕ ДАННЫЕ	
<input type="checkbox"/> Прокуратура района		
<input type="checkbox"/> Управление социальной помощи и защиты семьи		
<input type="checkbox"/> Служба скорой медицинской помощи		
<input type="checkbox"/> Государственная инспекция труда		

6. ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, СООБЩИВШЕМ О СЛУЧАЕ	
Данное лицо захотело сохранить анонимность: <input type="checkbox"/> Да (перейти к п. 6.2) <input type="checkbox"/> Нет (перейти к п. 6.1)	
6.1 Имя, Фамилия	6.2 Тип отношений с ребенком:
Адрес, контактный телефон	<input type="checkbox"/> Родственник; <input type="checkbox"/> Третье лицо (взрослый); <input type="checkbox"/> Третье лицо (ребенок).

7. ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЖЕРТВЕ (заполняется на одного ребенка)		
Имя, Фамилия	Пол Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/>	Возраст _____ месяцев, лет
Адрес, контактный телефон:		
Место нахождения ребенка на момент отправки сообщения:		

8. ДАННЫЕ О РОДИТЕЛЯХ / ДРУГИХ ЛИЦАХ, НА ПОПЕЧЕНИИ КОТОРЫХ НАХОДИТСЯ РЕБЕНОК		
<input type="checkbox"/> Мама	<input type="checkbox"/> Отец	<input type="checkbox"/> Опекун/попечитель
<input type="checkbox"/> Родственник (который не является опекуном/попечителем)	<input type="checkbox"/> Третье лицо	<input type="checkbox"/> Сотрудник социальной службы временного размещения
Имя, Фамилия	Адрес, контактный телефон:	
Имя, Фамилия	Адрес, контактный телефон:	

9. ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОМ СЛУЧАЕ			
Дата, время происхождения случая: День _____ / месяц _____ / год _____ Время _____		Место происхождения случая:	
9.1 КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ:			
9.2 ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, УСТАНОВЛЕННЫЕ ВИЗУАЛЬНО ИЛИ СООБЩЕННЫЕ О РЕБЕНКЕ			
<input type="checkbox"/> Переломы <input type="checkbox"/> Ожоги <input type="checkbox"/> Порезы <input type="checkbox"/> Гематомы <input type="checkbox"/> Синяки <input type="checkbox"/> Укусы <input type="checkbox"/> Царапины <input type="checkbox"/> Головные боли	<input type="checkbox"/> Повреждения половых органов / ануса <input type="checkbox"/> Беременность <input type="checkbox"/> Заболевания, передающиеся половым путем <input type="checkbox"/> Сексуализированное поведение	<input type="checkbox"/> Употребление алкоголя /наркотиков <input type="checkbox"/> Туберкулез <input type="checkbox"/> Предрасположенность к заболеванию туберкулезом <input type="checkbox"/> Пропулы в школе <input type="checkbox"/> Отсутствие / недостаток питания <input type="checkbox"/> Дети оставлены без присмотра <input type="checkbox"/> Бродяжничество <input type="checkbox"/> Попрошайничество <input type="checkbox"/> Трудовая эксплуатация <input type="checkbox"/> Физическое недоразвитие <input type="checkbox"/> Парша <input type="checkbox"/> Педикулез <input type="checkbox"/> Одежда, не соответствующая времени года <input type="checkbox"/> Грязная одежда <input type="checkbox"/> Отсутствие гигиены тела <input type="checkbox"/> Антисанитарные условия проживания	<input type="checkbox"/> Суицидальные тенденции <input type="checkbox"/> Депрессия <input type="checkbox"/> Побег из дома <input type="checkbox"/> Снижение школьной успеваемости <input type="checkbox"/> Страх взрослых <input type="checkbox"/> Агрессивность <input type="checkbox"/> Нервность <input type="checkbox"/> Другие показатели _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
9.3 ТИП ПРЕДПОЛАГАЕМОГО СЛУЧАЯ			
Насилие	Пренебрежение	Эксплуатация	Трафик
<input type="checkbox"/> Физическое <input type="checkbox"/> Экономическое <input type="checkbox"/> Сексуальное <input type="checkbox"/> Психологическое <input type="checkbox"/> Духовное	<input type="checkbox"/> Продовольственное <input type="checkbox"/> Воспитательное <input type="checkbox"/> В одежде <input type="checkbox"/> Эмоциональное <input type="checkbox"/> Гигиены <input type="checkbox"/> В присмотре <input type="checkbox"/> Медицинское	<input type="checkbox"/> Трудовая <input type="checkbox"/> Привлечение к попрошайничеству <input type="checkbox"/> Привлечение к проституции	<input type="checkbox"/> Трудовая эксплуатация <input type="checkbox"/> Сексуальная эксплуатация <input type="checkbox"/> Продажа органов

10. ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОМ АГРЕССОРЕ / АГРЕССОРАХ	
Имя, Фамилия Адрес, телефон:	Отношения с предполагаемой жертвой: <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Родственник <input type="checkbox"/> Третье взрослое лицо из общины Сотрудник: <input type="checkbox"/> Учебного заведения <input type="checkbox"/> Социальной службы <input type="checkbox"/> Медицинского учреждения Ребенок из: <input type="checkbox"/> Сообщества <input type="checkbox"/> Социальной службы <input type="checkbox"/> Учебного заведения <input type="checkbox"/> Медицинского учреждения
Имя, Фамилия Адрес, телефон:	Отношения с предполагаемой жертвой: <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Родственник <input type="checkbox"/> Третье взрослое лицо из общины Сотрудник: <input type="checkbox"/> Учебного заведения <input type="checkbox"/> Социальной службы <input type="checkbox"/> Медицинского учреждения Ребенок из: <input type="checkbox"/> Сообщества <input type="checkbox"/> Социальной службы <input type="checkbox"/> Учебного заведения <input type="checkbox"/> Медицинского учреждения
10.1 ДОСТУП К РЕБЕНКУ И СТЕПЕНЬ РИСКА ДЛЯ ЖИЗНИ И ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА	
<input type="checkbox"/> Есть доступ и есть риск <input type="checkbox"/> Нет доступа	<input type="checkbox"/> Есть доступ и есть риск <input type="checkbox"/> Нет доступа

Подпись отправителя _____	Имя специалиста, который получил бланк сообщения _____ Номер и дата регистрации в журнале учета детей в ситуации риска День _____ / месяц _____ / год _____ Номер _____ Подпись _____
------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------