

SKL-01 – OBRAZAC ZA PRIJEM U SKLONIŠTE

POVJERLJIVO

Identifikacioni broj korisnika:		Datum prijema:	
Vrijeme prijema:		Mjesto prijema:	
Naziv pružaoca usluga:		Odgovorna osoba:	
Upućujuća institucija/organizacija:		Kontakt osoba:	
Način smještaja:		Hitnost prijema:	

I OSNOVNI PODACI O KORISNIKU/CI

Ime i prezime: _____

Datum rođenja: _____

Maloljetno/punoljetno lice (u trenutku smještaja): _____

Mjesto rođenja: _____

Državljanstvo: _____

Interni identifikacioni broj (IIB): _____

Adresa prebivališta/boravka: _____

Kontakt telefon (ukoliko postoji): _____

Bračni/porodični status (za odrasle osobe): _____

Djeca / izdržavana lica: _____

Djeca u pratnji korisnika/ce koji/a se smješta u sklonište: _____
(za slučaj djece u pratnji, popuniti poseban obrazac)

II IDENTIFIKACIONI DOKUMENTI

Posjeduje lične dokumente: ☐ DA ☐ NE

Vrsta dokumenta: _____

Broj dokumenta: _____

Kopija dokumenta priložena: ☐ DA ☐ NE

Ukoliko dokument nije dostupan, navesti druge identifikacione podatke:

III ZDRAVSTVENO STANJE I HITNE POTREBE

(Inicijalna procjena zdravstvenog stanja i potreba ne predstavlja medicinsku dijagnostiku niti stručni medicinski pregled, već procjenu izvršenu od strane ovlaštenog stručnog lica skloništa, po osnovu zaprimljene raspoložive dokumentacije i po osnovu inicijalnog razgovora sa potencijalnom žrtvom, a radi identifikacije hitnih potreba i eventualnog upućivanja na dalje preglede nadležnim zdravstvenim licima/službama).

Da li je potrebna hitna medicinska pomoć: ☐ DA ☐ NE

Postojeće zdravstvene poteškoće / terapija:

Psihološko stanje / vidljivi znaci traume:

Posebne potrebe (invaliditet, trudnoća, hronična bolest i sl.):

Posebne potrebe djeteta / potencijalne žrtve:

IV INICIJALNA SOCIJALNA I SIGURNOSNA PROCJENA

Procjena sigurnosnog rizika:

Postoji li neposredna prijetnja za sigurnost žrtve: ☐ DA ☐ NE

Postoje li djeca u pratnji koja zahtijevaju hitnu zaštitu: ☐ DA ☐ NE

Je li određena policijska zaštita/drugi oblik zaštite od nadležnih: ☐ DA ☐ NE
(ako je odgovor DA, navesti oblik zaštite): _____

Trenutne potrebe korisnika/ce:

☐ Higijena

☐ Odjeća i obuća

☐ Medicinska pomoć

☐ Psihološka podrška

☐ Pravna pomoć

☐ Prevodilac

☐ Drugo: _____

V PODACI O UPUĆIVANJU I NAPOMENE

Lice/institucija koja je izvršila upućivanje:

Osoba koja je izvršila prijem:

Dodatne napomene:

Osoba koja je izvršila prijem	Korisnik/ca (ukoliko je moguće)
Datum:	Datum:

Dokument je povjerljiv i koristi se isključivo u svrhu zaštite i podrške korisnika.