|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Priority: : ألأولوية** | **Referred via: تمّت الإحالة عن طريق**  | **Referral Date: تاريخ الإحالة:**  |
| [ ]  High *(Follow up requested within 24 hours*) [ ]  Medium *(Follow up within 3 days*) [ ]  Low *(Follow up within 7 days)*[ ]  قصوى (تتطلب متابعة خلال 24 ساعة)[ ]  متوسطة (المتابعة خلال 3 أيام)[ ]  منخفضة (المتابعة خلال 7 أيام) | [ ]  Phone (High priority only) [ ]  Email [ ]  Fax [ ]  In person[ ]  الهاتف (الحالات ذات الأولوية القصوى فقط)[ ]  البريد الإلكتروني [ ]  الفاكس[ ]  شخصياً |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Referred To: الإحالة إلى:**  | **Referred By: الإحالة من قِبَل:**  |
| Agency/Clinic: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Contact (if known): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الوكالة/العيادة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ جهة الاتصال (إذا كانت معروفة): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Agency/Clinic:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Address:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Phone:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Contact:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الوكالة/العيادة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_البريد الإلكتروني: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ جهة الاتصال: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Client Information معلومات عن العميل /**  |
| Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Phone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_العنوان: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الهاتف: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | DOB:\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sex:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_تاريخ الولادة:\_\_\_\_\_\_\_\_النوع الاجتماعي:\_\_\_\_\_\_ | UNHCR No.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nationality: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Language: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الاسم: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الرقم لدى المفوضية العليا للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين (UNHCR): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_الجنسية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اللغة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **If Client Is a Minor إذا كان العميل قاصراً /**  |
| Name of primary caregiver: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Relationship to child: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_اسم مقدّم الرعاية الأساسي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_العلاقة بالطفل: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Contact information for caregiver: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_معلومات الاتصال الخاصة بمقدّم الرعاية: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Caregiver is informed of referral? 🞏 Yes 🞏 No (If no, explain)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_هل تمّ إبلاغ مقدّم الرعاية عن الإحالة؟ 🞏 نعم 🞏 كلا (إذا كان الجواب كلا، أذكر السبب) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| **Other Family Members with Specific Needsأفراد آخرون من العائلة ذوو احتياجات خاصة /**  |  |
|  | **Name الاسم /**  | **Specific Need الاحتياجات الخاصة /** | **Relationshipالعلاقة /**  |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Background Information/Reason for Referral: (problem description, duration, frequency, etc.)****معلومات أساسية / سبب الإحالة: (وصف المشكلة، المدة، التكرار، إلخ...)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Services already provided: (include any other referrals made) الخدمات التي سبَق أن تمّ توفيرها (بما في ذلك أية إحالات تمّت سابقاً) /**  |
| **Agency الوكالة /** | **Support شكل الدعم /** | **Date (incl. ongoing) /** **التاريخ (بما فيه الجاري)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Services Requested:الخدمات المطلوبة:**  |
| [ ]  Physical Healthالصحة الجسدية/ [ ]  Mental Healthالصحة النفسية/ [ ]  Protectionالحماية/ [ ]  Educationالتعليم/ [ ]  Financial assistanceمساعدة مالية/ [ ]  Material assistanceمساعدة مادية/ [ ]  Home visitزيارة منزلية/ [ ]  Otherخدمات أخرى/  |
| **Specifyحدّد/:** |

|  |
| --- |
| **Consent to Release Information (Read with client and answer any questions before s/he signs below)****موافقة على الإفصاح عن المعلومات (للقراءة مع العميل والإجابة عن أي سؤال لديه/لديها قبل التوقيع أدناه)** |
| I, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (client name), understand that the purpose of the referral and of disclosing this information to \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (referral agency) is to ensure the safety and continuity of care among service providers seeking to serve this family. The service provider, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (referring agency), has clearly explained the procedure of the referral to me and has listed the exact information that is to be disclosed. By signing this form, I authorize this exchange of information.Signature of Responsible Party: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Client or Caregiver if a minor) Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_أنا، \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (اسم العميل)، أدرك أن الغرض من الإحالة ومن الإفصاح عن هذه المعلومات لـ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (الوكالة المُحال إليها) هو ضمان أمان الرعاية واستمراريتها لدى مقدّمي الخدمات الذين يسعون إلى خدمة هذه الأسرة. إن مقدّم الخدمات، \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (الوكالة المُحيلة)، قد شرح لي عملية الإحالة بوضوح، كما عدّد بالضبط المعلومات التي سيتم الإفصاح عنها. ومن خلال توقيع هذه الاستمارة، أسمح بهذا التبادل للمعلومات.توقيع الفريق المسؤول: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (العميل أو مقدّم الرعاية إذا كان العميل قاصراً) التاريخ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Details of Referral: تفاصيل الإحالة:**  |
| Client has been informed of referral? 🞏 Yes 🞏 No (If no, explain) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Client has signed consent to release information? 🞏 Yes 🞏 No (If no, explain)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Any contact or other restrictions? 🞏 Yes 🞏 No (If yes, explain)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_هل تم إبلاغ العميل عن الإحالة؟ 🞏 نعم 🞏 كلا (إذا كان الجواب كلا، أذكر السبب) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_هل وقّع العميل على موافقة للإفصاح عن المعلومات؟ 🞏 نعم 🞏 كلا (إذا كان الجواب كلا، أذكر السبب) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_هل ثمة قيود على أي جهة اتصال أو قيود أخرى؟ 🞏 نعم 🞏 كلا (إذا كان الجواب نعم، أذكر السبب) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **Receiving Organizationالمنظمة المستقبِلة / :** |
| Referral received byتمّ تسلّم الإحالة من قِبَل/: Dateالتاريخ/:  | Response provided to referring agency byتمّ الرّد على الوكالة المُحيلة من قِبَل/: Dateالتاريخ/:  |