|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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/: |