

АКТ ОБ УВЕДОМЛЕНИИ

СЛУЧАЯ, ВЫЗЫВАЮЩЕГО ПОДОЗРЕНИЯ О НАСИЛИИ, ПРЕНЕБРЕЖЕНИИ, ЭКСПЛУАТАЦИИ И ТОРГОВЛИ ЛЮДЬМИ № ____

ПРИМЕЧАНИЕ! Разделы Акта об уведомлении заполняются в зависимости от первичной информации, которой владеет отправитель. Если отправитель не владеет данными для заполнения всех разделов Акта об уведомлении, эти разделы не заполняются.

1. ОТПРАВИТЕЛЬ	2. ДАТА И ВРЕМЯ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СЛУЧАЕ ВЫЗЫВАЮЩЕМ ПОДОЗРЕНИЕ
Фамилия, Имя	Число ____ / месяц ____ / год ____ Время ____
Учреждение/орган:	3. ДАТА И ВРЕМЯ ОТПРАВЛЕНИЯ АКТА ОБ УВЕДОМЛЕНИИ
Должность отправителя:	Число ____ / месяц ____ / год ____ Время ____
Контактные данные:	4. ПОЛУЧАТЕЛЬ
	Местный орган опеки _____ _____ (Адрес, контактные данные)

5. ДОПОЛНИТЕЛЬНО ПРОИНФОРМИРОВАННЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ/ОРГАНЫ	
<input type="checkbox"/> Инспекторат полиции	АДРЕС, КОНТАКТНЫЕ ДААННЫЕ
<input type="checkbox"/> Районная прокуратура	
<input type="checkbox"/> Управление социального обеспечения и защиты семьи	
<input type="checkbox"/> Служба скорой медицинской помощи	
<input type="checkbox"/> Государственная инспекция труда	

6. ДАННЫЕ О ЛИЦЕ, СООБЩИВШЕМ О СЛУЧАЕ	
Лицо выразило желание сохранить анонимность: <input type="checkbox"/> Да (переходи к п. 6.2) <input type="checkbox"/> Нет (переходи к п. 6.1)	
6.1 Фамилия, Имя	6.2 Тип отношений с ребенком:
Адрес, контактный телефон:	<input type="checkbox"/> родственные; <input type="checkbox"/> третье лицо (взрослый); <input type="checkbox"/> третье лицо (ребенок);

7. ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ ЖЕРТВЕ (заполняется на одного ребенка)		
Фамилия, Имя	Пол Ж <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/>	Возраст ____ месяцев, лет
Адрес, контактный телефон:		
Местонахождение ребенка на момент отправления уведомления:		

8. ДАННЫЕ О РОДИТЕЛЯХ/ ДРУГИХ ЛИЦАХ УХАЖИВАЮЩИХ ЗА РЕБЕНКОМ		
<input type="checkbox"/> Мать	<input type="checkbox"/> Отец	<input type="checkbox"/> Опекун/ попечитель
<input type="checkbox"/> Родственник (не являющийся опекуном/ попечителем)		<input type="checkbox"/> Третье лицо <input type="checkbox"/> Персонал службы временного размещения
Фамилия, Имя	Адрес, контактный телефон:	
Фамилия, Имя	Адрес, контактный телефон:	

9. СВЕДЕНИЯ О СЛУЧАЕ ВЫЗЫВАЮЩЕМ ПОДОЗРЕНИЕ

Дата, время происшествия: Число ____ / месяц ____ / год ____ Время ____	Место происшествия:
--	---------------------

9.1 КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ:

--

9.2 ФИЗИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГО-ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ВИЗУАЛЬНО НАБЛЮДАЕМЫЕ/ ИЛИ СООБЩЕННЫЕ ОТНОСИТЕЛЬНО РЕБЕНКА

<input type="checkbox"/> Переломы <input type="checkbox"/> Ожоги <input type="checkbox"/> Порезы <input type="checkbox"/> Гематомы <input type="checkbox"/> Синяки <input type="checkbox"/> Покусы <input type="checkbox"/> Царапины <input type="checkbox"/> Головная боль	<input type="checkbox"/> Повреждения гениталий /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"/> Преднамеренное подвержение риску заразиться туберкулезом <input type="checkbox"/> Школьная непосещаемость <input type="checkbox"/> Отсутствие/недостаточность еды <input type="checkbox"/> Дети оставленные без присмотра <input type="checkbox"/> Бродяжничество <input type="checkbox"/> Попрошайничество <input type="checkbox"/> Эксплуатация детского труда <input type="checkbox"/> Физическая неразвитость <input type="checkbox"/> Чесотка <input type="checkbox"/> Педикулез <input type="checkbox"/> Одежда не соответствующая времени года <input type="checkbox"/> Грязная одежда <input type="checkbox"/> Несоблюдение личной гигиены <input type="checkbox"/> Антисанитарные жилищные условия	<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 перед взрослыми <input type="checkbox"/> Агрессивность <input type="checkbox"/> Нервность <input type="checkbox"/> Другие показатели <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
--	---	--	---

9.3 ВИД ПРЕДПОЛАГАЕМОГО НАСИЛИЯ

Насилие	Пренебрежение	Эксплуатация	Торговля
<input type="checkbox"/> Физическое <input type="checkbox"/> Экономическое <input type="checkbox"/> Сексуальное <input type="checkbox"/> Психологическое <input type="checkbox"/> Духовное	<input type="checkbox"/> Пищевое пренебрежение <input type="checkbox"/> Пренебрежение образованием <input type="checkbox"/> Пренебрежение в обеспечении одеждой <input type="checkbox"/> Эмоциональное пренебрежение <input type="checkbox"/> Пренебрежение гигиеной <input type="checkbox"/> Пренебрежение надзором <input type="checkbox"/> Пренебрежение медицинской помощью	<input type="checkbox"/> Эксплуатация детского труда <input type="checkbox"/> Привлечение к попрошайничеству <input type="checkbox"/> Привлечение к проституции	<input type="checkbox"/> Эксплуатация детского труда <input type="checkbox"/> Сексуальная эксплуатация <input type="checkbox"/> Торговля органами

10. ДАННЫЕ О ПРЕДПОЛАГАЕМОМ АГРЕССОРЕ/АГРЕССОРАХ

Фамилия, Имя Адрес, контактный телефон:	Отношения с предполагаемой жертвой: <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Родственник <input type="checkbox"/> Взрослое третье лицо из сообщества Персонал: <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
Фамилия, Имя Адрес, контактный телефон:	Отношения с предполагаемой жертвой: <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Родственник <input type="checkbox"/> Взрослое третье лицо из сообщества Персонал: <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"/> Имеет доступ и есть риск <input type="checkbox"/> Нет доступа	<input type="checkbox"/> Имеет доступ и есть риск <input type="checkbox"/> Нет доступа
---	---

Подпись отправителя _____

Имя специалиста получившего Акт об уведомлении _____ Номер и дата записи в регистре учета детей, находящихся в ситуации риска Число ____ / месяц ____ / год ____ № ____ Подпись _____
