

**Informacje o skierowaniu:**

Moray Rape Crisis zapewnia wsparcie osobom dorosłym, dzieciom i młodzieży w wieku 11 lat i powyżej, bez względu na płeć, które doświadczyły jakiegokolwiek formy przemocy seksualnej lub wykorzystywania w jakimkolwiek momencie swojego życia.

Data skierowania:

Rodzaj potrzebnej pomocy: proszę zaznaczyć potrzebną(-ne) usługę(-gi)

- Wsparcie Wsparcie w języku polskim
- Przedstawicielstwo (pomoc w składaniu zgłoszeń na policję lub w związku ze sprawami sądowymi) Wsparcie dla osób z niepełnosprawnością uczenia się lub potrzebami w zakresie uczenia się
- Zajęcia grupowe

Imię i nazwisko klienta:	
Preferowany nr tel.:	
Data urodzenia:	
Adres:	
E-mail:	
Płeć:	kobieta (w tym kobiety trans) <input type="checkbox"/> mężczyzna (w tym mężczyźni trans) <input type="checkbox"/> osoba niebinarna <input type="checkbox"/> inna <input type="checkbox"/> Jeżeli inaczej określasz swoją płeć, proszę napisz jak w tym polu: _____ Wolę nie podawać tej informacji <input type="checkbox"/>

Uzupełnione formularze należy przesyłać na adres: contact@morayrapecrisis.scot

Zadzwoń pod numer: 01343 550407, aby wypełnić formularz skierowania telefonicznie

Można bezpiecznie dzwonić?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Można dzwonić o każdej porze?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Ograniczenia odnośnie do dzwonienia? np. tylko rano, po 16 itp.		
Można zostawić wiadomość głosową na poczcie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Można wysłać smsy?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy rozmówca może bezpiecznie przedstawić się przez telefon lub smsa?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Preferowany sposób kontaktu?	smsem <input type="checkbox"/> telefonicznie <input type="checkbox"/> e-mailowo <input type="checkbox"/>	
Czy istnieją potrzeby tłumaczenia, komunikacyjne lub dot. dostępu do miejsc?	Jeśli tak, proszę podać więcej informacji:	

Informacje dotyczące skierowania

Skierowałam(-łem) się sama/sam:	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Imię i nazwisko osoby, która skierowała:		
Nazwa organizacji, jeśli dotyczy:		
Nr tel.:		
E-mail:		
Czy skierowanie dotyczy gwałtu lub napaści na tle seksualnym z ostatnich 7 dni?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Zgoda klienta: Czy osoba ocalała wyraziła zgodę na skierowanie?	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Czy są jakieś kwestie dotyczące bezpieczeństwa lub ryzyka, o których powinniśmy wiedzieć?		

Uzupełnione formularze należy przesyłać na adres: contact@morayrapecrisis.scot

Zadzwoń pod numer: 01343 550407, aby wypełnić formularz skierowania telefonicznie

Powód skierowania / dodatkowe informacje

Uzupełnione formularze należy przesyłać na adres: contact@morayrapecrisis.scot

Zadzwoń pod numer: 01343 550407, aby wypełnić formularz skierowania telefonicznie