



Додаток № 3 до Положень про реалізацію проекту «Акція АНТИдискримінація»

ФОРМА ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОТРЕБ У СФЕРІ СПЕЦІАЛЬНОГО КОНСУЛЬТУВАННЯ

Ця форма має на меті визначити Ваші потреби в контексті участі в проекті «Акція АНТИдискримінація». Вся інформація, надана у формі, є конфіденційною і буде використана виключно для визначення індивідуальної підтримки у сфері спеціалізованого консультування, яка відповідає вашій ситуації. В рамках проекту ви можете скористатися юридичною, психологічною та психіатричною допомогою. Доступність та обсяг підтримки в окремих сферах детально визначені в регламенті реалізації проекту. Просимо вас обдумано вибрати відповіді, які максимально відповідають вашим реальним потребам/очікуванням. У кожній частині форми можна вказати більше ніж одну відповідь.

1. Ім'я та прізвище кандидата/кандидатки для участі в проекті:

.....

2. ДОСВІД ДИСКРИМІНАЦІЇ/НАСИЛЬСТВА

1) Види дискримінації/насильства:

- ☐ Мова ненависті (онлайн/офлайн)
- ☐ Фізичне насильство
- ☐ Психологічне/емоційне насильство
- ☐ Сексуальне насильство
- ☐ Переслідування в школі/на робочому місці
- ☐ Відмова в наданні послуг/доступі до освіти або охорони здоров'я
- ☐ Погрози/залякування
- ☐ Дискримінація за етнічною приналежністю, мовою, кольором шкіри або акцентом
- ☐ Утруднений доступ до житла/роботи через етнічне/національне походження



☐ Насильство, мотивоване культурними або релігійними упередженнями

☐ Інше, яке:

.....

.....

2) Дискримінація/насильство було пов'язане з:

☐ Етнічним/культурним походженням

☐ Національною приналежністю/громадянством

☐ Міграційним статусом (наприклад, біженець, особа з третьої країни)

☐ Інше, яке

.....

.....

3. ПСИХІЧНИЙ ТА ЕМОЦІЙНИЙ СТАН

☐ Відчуваю хронічний страх, напруження або тривогу

☐ У мене є проблеми зі сном/кошмари/безсоння

☐ Відчуваю смуток, відсутність сенсу або безсилля

☐ Я переживаю травму, пов'язану з пережитою ситуацією

☐ У мене виникають суїцидальні думки або я завдаю собі самоушкодження

☐ Я відчуваю себе ізольованим/ізольованою та незрозумілим/незрозумілою

☐ Інше, що

.....

.....

4. ПРАВОВІ ПОТРЕБИ

☐ Я хочу повідомити про злочин/зловживання

☐ Я повідомив/повідомила про справу, але мені потрібна допомога в провадженні



☐ Я зазнав/зазнала інституційної дискримінації (школа, установа, робота)

☐ Потрібна допомога в галузі сімейного, житлового, трудового права

☐ Мені потрібна допомога в легалізації перебування/отриманні статусу біженця/громадянства

☐ Мені потрібна інформація про мої права як іноземця в Польщі

☐ Інше, яке

.....

.....

5. ПОВСЯКДЕННЕ ЖИТТЯ ТА БЕЗПЕКА

☐ Зараз я почуваюся в безпеці

☐ У мене є люди, які мене підтримують / спільнота / група підтримки

☐ Мені потрібна допомога у контактах з установами

☐ Маю труднощі на роботі/в школі/місці проживання

☐ Я стикаюся з мовними та культурними бар'єрами в повсякденному житті

☐ У мене є труднощі з культурною адаптацією

☐ я відчуваю себе соціально виключеним/виключеною через своє етнічне/національне походження

☐ Інше, яке

.....

.....

6. САМОІДЕНТИФІКАЦІЯ ПОТРЕБ/ОЧІКУВАНЬ

Будь ласка, самостійно визначте, з огляду на власний досвід, який вид спеціалізованої підтримки Ви потребуєте/очікуєте:

☐ Психологічна

☐ Психіатрична

☐ Юридична



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Додаткові зауваження до вищезазначеного (якщо є):

.....

.....

.....

.....

Рекомендація - заповнює представник організатора проекту

На підставі проведеної діагностики я направляю пана/пані *(ім'я та прізвище)*:

.....

до участі в індивідуальному спеціалізованому консультуванні в рамках проекту
«Акція АНТИдискримінація» з наступної галузі *(позначте відповідне)*:

☐ Психологічна

☐ Юридична

☐ Психіатрична

Додаткові зауваження до вищезазначеного направлення (якщо є):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Дата та місце

.....
**Чіткий підпис представника організатора
проекту**