



Załącznik nr 3 do Regulaminu realizacji projektu „Akcja ANTYDyskryminacja”

FORMULARZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY POTRZEB W ZAKRESIE PORADNICTWA SPECJALISTYCZNEGO

Niniejszy formularz ma na celu określenie Pana/Pani potrzeb w kontekście udziału w projekcie „Akcja ANTYDyskryminacja”. Wszelkie informacje przekazane w formularzu są objęte klauzulą poufności i zostaną wykorzystane jedynie do ustalenia właściwego dla Pana/Pani sytuacji wsparcia indywidualnego w zakresie poradnictwa specjalistycznego. W ramach projektu może Pan/Pani skorzystać ze wsparcia prawnego, psychologicznego i psychiatrycznego. Dostępność i wymiar wsparcia w poszczególnych dziedzinach szczegółowo określa regulamin realizacji projektu. Prosimy o przemyślane wybieranie odpowiedzi, możliwie najbardziej zbliżonych do Państwa realnych potrzeb/oczekiwań. W każdej części formularza można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

1. Imię i nazwisko kandydata/kandydatki do udziału w projekcie:

.....

2. DOŚWIADCZENIA DYSKRYMINACJI/PRZEMOCY

1) Rodzaje dyskryminacji/przemocy:

- ☐ Mowa nienawiści (online/offline)
- ☐ Przemoc fizyczna
- ☐ Przemoc psychiczna/emocjonalna
- ☐ Przemoc seksualna
- ☐ Nękanie w szkole/miejscu pracy
- ☐ Odmowa usług/dostępu do edukacji lub ochrony zdrowia
- ☐ Groźby/zastraszanie
- ☐ Dyskryminacja ze względu na pochodzenie etniczne, język, kolor skóry lub akcent
- ☐ Utrudniony dostęp do mieszkań/pracy z powodu pochodzenia etnicznego/narodowego



☐ Przemoc motywowana uprzedzeniami kulturowymi lub religijnymi

☐ Inne, jakie:

.....

.....

2) Dyskryminacja/przemoc była związana z:

☐ Pochodzeniem etnicznym/kulturowym

☐ Przynależnością narodową/obywatelstwem

☐ Statusem migracyjnym (np. uchodźca, osoba z krajów trzecich)

☐ Inne, jakie

.....

.....

3. STAN PSYCHICZNY I EMOCJONALNY

☐ Odczuwam przewlekły lęk, napięcie lub niepokój

☐ Mam trudności ze snem/koszmary/bezsenna

☐ Doświadczam uczucia smutku, braku sensu lub bezsilności

☐ Przeżywam traumę związaną z doświadczoną sytuacją

☐ Doświadczam myśli samobójczych lub samookaleczeń

☐ Czuję się odizolowany/odizolowana i niezrozumiany/niezrozumiana

☐ Inne, jakie

.....

.....

4. POTRZEBY PRAWNE

☐ Chcę zgłosić przestępstwo/nadużycie

☐ Zgłosiłem/Zgłosiłam sprawę, ale potrzebuję wsparcia w postępowaniu



- ☐ Doświadczylem/Doświadczylaam dyskryminacji instytucjonalnej (szkoła, urząd, praca)
- ☐ Potrzebuję pomocy w zakresie prawa rodzinnego, mieszkaniowego, prawa pracy
- ☐ Potrzebuję wsparcia w legalizacji pobytu/uzyskaniu statusu uchodźcy/obywatelstwa
- ☐ Potrzebuję informacji o moich prawach jako cudzoziemca w Polsce
- ☐ Inne, jakie
-
-

5. FUNKCJONOWANIE CODZIENNE I BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ Czuję się obecnie bezpiecznie
- ☐ Mam osoby wspierające /społeczność/grupę wsparcia
- ☐ Potrzebuję pomocy w kontaktach z instytucjami
- ☐ Mam trudności w pracy/szkole/miejscu zamieszkania
- ☐ Doświadczam barier językowych i kulturowych w codziennym życiu
- ☐ Mam trudności w adaptacji kulturowej
- ☐ Czuję się wykluczony/wykluczona społecznie z powodu mojego pochodzenia etnicznego/narodowego
- ☐ Inne, jakie
-
-

6. AUTOIDENTYFIKACJA POTRZEB/OCZEKIWAŃ

Proszę samodzielnie określić, biorąc pod uwagę własne doświadczenia, jakiego rodzaju wsparcia specjalistycznego Pan/Pani potrzebuje/oczekuje:

- ☐ Psychologicznego
- ☐ Psychiatrycznego



☐ Prawnego

Dodatkowe uwagi do powyższego wskazania (jeśli dotyczy):

.....
.....
.....
.....

Rekomendacja - wypełnia przedstawiciel organizatora projektu

Na podstawie przeprowadzonej diagnozy kieruję Pana/Panią (*imię i nazwisko*):

.....

do udziału w indywidualnym poradnictwie specjalistycznym w ramach projektu „Akcja
ANTYDyskryminacja” z następującego zakresu (*zaznaczyć właściwe*):

☐ Psychologicznego

☐ Prawnego

☐ Psychiatrycznego

Dodatkowe uwagi do powyższego skierowania (jeśli dotyczy):

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data i miejscowość

.....
**Czytelny podpis przedstawiciela organizatora
projektu**