**ΦΟΡΜΑ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ - ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ MHPSS**

**REFERRAL FORM - MHPSS PROGRAM**

***Κριτήρια αποκλεισμού/ Exclusion criteria:***

* *Επείγοντα ψυχιατρικά περιστατικά / Psychiatric emergencies (needs follow up within 24 h)*
* *Κατάχρηση ουσιών ή αλκοολ / Prominent drug or alcohol abuse*
* *Ανήλικα άτομα (κάτω των 18 ετών) / Minors (under 18 y.o.)*

*Για οποιαδήποτε απορία, καλέστε στο +30 6983094414 / For any question, please call +30 6983094414*

**Στοιχεία επικοινωνίας παραπέμποντος Φορέα / Contact details of referring Actor**

|  |  |
| --- | --- |
| Ημερομηνία παραπομπής / Date of referral |  |
| Όνομα παραπέμποντος ατόμου / Name of referrer |  |
| Ειδικότητα / Position |  |
| Φορέας / Actor |  |
| Παρεχόμενες υπηρεσίες στο άτομο / Services provided to PoC |  |
| Τηλέφωνο / Phone Number |  |
| E-mail |  |

**Στοιχεία παραπεμπόμενου ατόμου / Information of the referred person**

|  |  |
| --- | --- |
| ΕΠΩΝΥΜΟ & Όνομα /SURNAME & Name  |  |
| Αυτοπροσδιορισμός-ταυτότητα φύλου / Self-identified gender-Gender identity  |  |
| Ηλικία / Age  |  |
| Χώρα καταγωγής /Country of Origin |  |
| Γλώσσες επικοινωνίας /Languages of communication |  |
| Τηλέφωνο επικοινωνίας ατόμου / Phone number of PoC |  |
| Νομικό Καθεστώς / Legal Status | **☐** Άτομο - Πολίτης Ελλάδας / Greek citizen**☐** Αναγνωρισμένο προσφυγικό προφίλ-Επικουρική προστασία / Recognised Refugee-Subsidiary protection**☐** Άτομο που αιτείται άσυλο / Asylum seeker**☐** Μεταναστευτικό προφίλ / Migrant**☐** Άτομο ακατάγραφο / Undocumented-unregistered**☐** Β’ απορριπτική / Second instance rejection**☐** Μεταγενέστερο αίτημα / Subsequent application**☐** Άλλο / Other: |
| Οικογενειακή κατάσταση -Τέκνα / Family status - Children | **☐** Άτομο άγαμο & χωρίς σύντροφο / Single**☐** Ζεύγος (χωρίς τέκνα) / Couple (no kids)**☐** Οικογένεια (με τέκνα) / Family (with kids)**☐** Μονογονεϊκή οικογένεια / Single-parent family*Αν υπάρχουν παιδιά, αναφέρετε αριθμό και ηλικία /**If there are children mention how many and their ages:*  |
| Κατάσταση κατοικίας στην Ελλάδα / Accommodation in Greece | **☐** Ενοικίαση σπιτιού / Self-accommodated renting**☐** Άτομο φιλοξενούμενο σε σπίτι τρίτων / Person staying as a guest in a third party's house**☐** Πρόγραμμα στέγασης (π.χ. Ξενώνας) / Accomodation Program (e.g. Shelter)**☐** Προσφυγικό Camp / Refugee camp**☐** Αστεγία / Homelessness**☐** Άλλο / Other:  |
| Περιοχή διαμονής /Place of residence |  |

**Αίτημα παραπεμπόμενου ατόμου / Request of the referred person**

Αναφέρετε εν συντομία το ψυχοκοινωνικό ιστορικό, την παρούσα κατάσταση και το λόγο της παραπομπής ή του αιτήματος του εξυπηρετούμενου ατόμου (αν υπάρχουν, αναφέρετε συμπτώματα και ανάλογη ένταση) /

Short psychosocial history, current situation & reason of PoC’s referral or request (if applicable, mention any relevant symptoms & severity):

Αναφέρετε επιπλέον παραπομπές που έχουν γίνει για το εξυπηρετούμενο άτομο /

Mention any additional referrals being made for the PoC - other actors involved:

**Αίτημα για τις υπηρεσίες της SAMS / SAMS service request**

Επιλέξτε **μία ή και τις δύο** από τις παρακάτω επιλογές υπηρεσιών/

Please choose **one or both** of the following options of services:

**☐** Ατομικές συνεδρίες με Ψυχολόγο / Individual sessions with Psychologist

**☐** Διαχείριση υπόθεσης από Κοινωνικό Λειτουργό / Case management by Social Worker

***Το παραπεμπόμενο πρόσωπο ενημερώθηκε για το περιεχόμενο της παραπομπής και συναινεί να διαμοιραστούν τα στοιχεία του με την Ψυχοκοινωνική υπηρεσία της SAMS Ελλάς. /***

***The referred person has been informed about the content of the referral and consents to share their data with the Psychosocial service of SAMS Hellas.***

***NAI/YES ☐***