



Додаток № 3 до Регламенту реалізації проекту «Лодзьке проти дискримінації»

ФОРМА ПЕРВИННОЇ ДІАГНОСТИКИ ПОТРЕБ У СПЕЦІАЛІЗОВАНОМУ КОНСУЛЬТУВАННІ

Ця форма має на меті визначити Ваші потреби в контексті участі в проекті «Лодзьке проти дискримінації». 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
- ☐ Ускладнений доступ до житла/роботи через етнічне/національне походження
- ☐ Насильство, мотивоване культурними або релігійними упередженнями



☐ Інше, яке:
.....
.....

2) Дискримінація/наси́льство 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 відчуваюся 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

Додаткові зауваження до вищезазначеного (якщо є):



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



.....

.....

.....

.....

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
«Лодзьке проти дискримінації» з наступної галузі (позначте відповідне):

☐ Психологічна

☐ Юридична

☐ Психіатрична

Додаткові зауваження до вищезазначеного направлення (якщо є):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Дата та місце

.....
**Підпис повним ім'ям та прізвищем
представника організатора проекту**