|  |
| --- |
| **تقييم المصالح الفضلى** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| معرّف العامل على القضية: | | | | | | | **أولوية القضية** | | | | | طارئة  مرتفعة  متوسطة  منخفضة | | | | | | | |
| معرّف المنظمة: | | | | | | |
| **عامّ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الرقم الفردي للمفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين** |  | | | | | | | | | | **قضية حماية  الطفل #** |  | | | | | | | |
| **رقم تقييم المصالح الفضلى** |  | | | | | | | | | | **تاريخ فتح القضية** |  | | | | | | | |
| **حالة تقييم المصالح الفضلى** | بانتظار المقابلة  بانتظار التوصية  بانتظار المراجعة  اكتمل تقييم المصالح الفضلى | | | | | | | | | | **سبب تغيير حالة تقييم المصالح الفضلى** |  | | | | | | | |
| **الغرض الرئيسي من تقييم المصالح الفضلى** | الطفل معرض للخطر  الرعاية البديلة  تعقب أثر العائلة  لمّ شمل العائلة | | | | | إعادة التوطين  غير ذلك | | | | | **الغرض الرئيسي من تقييم المصالح الفضلى (التفاصيل)** |  | | | | | | | |
| **جهة إجراء تقييم المصالح الفضلى** |  | | | | | | | | | | **مصدر الإحالة (عند الاقتضاء)** | الاستقبال  التسجيل  إعادة التوطين  تحديد وضع اللاجئ  الحماية | | | | | | | المساعدة  شريك مفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين  الحكومة  الشخص المعني  غير ذلك |
| **معرّف الشريك في القضية** |  | | | | | | | | | |
| **المنظمة الشريكة** |  | | | | | | | | | |
| **تفاصيل المنظمة الشريكة** |  | | | | | | | | | |
| **البيانات الحيوية** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. **الاسم الأول** | |  | | | | | 1. **الاسم الأوسط** | | | |  | 1. **اسم العائلة** | | | | |  | | |
| 1. **تاريخ الميلاد** | | اليوم/الشهر/السنة | | | | | 1. **العمر (وقت فتح القضية)** | | | |  | 1. **العمر الحالي** | | | | |  | | |
| **هل العمر مُقَدَّر؟** | | نعم  لا | | | | |
| 1. **الجنس** | | أنثى  ذكر  غير ذلك | | | | | 1. **مكان الميلاد** | | | |  | 1. **بلد المنشأ** | | | | |  | | |
| 1. **الانتماء العرقي** | |  | | | | | 1. **الديانة** | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **الحالة الاجتماعية** | |  | | | | | 1. **الوضع القانوني** | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **اسم جهة التنسيق التابعة لمجموعة التسجيل** | |  | | | | | 1. **العلاقة بجهة التنسيق** | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **مستوى التعليم** | |  | | | | | 1. **اللغات المتحدث بها** | | | |  | 1. **الجنسيات** | | | | | |  | |
| 1. **تفاصيل جهات الاتصال** | |  | | | | | 1. **رقم الهاتف** | | | |  | 1. **البريد الإلكتروني** | | | | | |  | |
| 1. **العنوان الحالي** | |  | | | | | 1. **تاريخ الفرار** | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **تاريخ دخول بلد اللجوء** | |  | | | | | 1. **أسباب الفرار** | | | |  | | | | | | | | |
| 1. **بلد التسجيل** | |  | | | | | 1. **بلد اللجوء** | | | |  | | | | | | | | |
| **معلومات عن الوالدين / مقدم الرعاية العرفي** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الأم** | | | | | | | **الأب** | | | | | | | | **مقدم الرعاية العرفي** | | | | |
| **الاسم** | | | | | | | **الاسم** | | | | | | | | **الاسم** | | | | |
| **تاريخ الميلاد** | | | | | | | **تاريخ الميلاد** | | | | | | | | **تاريخ الميلاد** | | | | |
| متوفى؟  نعم  لا | | | | | | | متوفى؟  نعم  لا | | | | | | | | متوفى؟  نعم  لا | | | | |
| على اتصال حاليًا؟  نعم  لا  رقم الهاتف:  الموقع الحالي - البلد:  الموقع الحالي - العنوان: | | | | | | | على اتصال حاليًا؟  نعم  لا  رقم الهاتف:  الموقع الحالي - البلد:  الموقع الحالي - العنوان: | | | | | | | | على اتصال حاليًا؟  نعم  لا  رقم الهاتف:  الموقع الحالي - البلد:  الموقع الحالي - العنوان: | | | | |
| **التقييم** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الاحتياجات المحددة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الطفل المعرض للخطر** | | | **الطفل غير المصحوب أو المنفصل عن أقاربه** | | | | | **الحماية القانونية والبدنية** | | | | | **العنف الجنسي** | | | | | | |
| أب/ام قاصر  زوج /زوجة قاصر  القائم على رعاية الطفل  حمل المراهقات  أسوأ أشكال عمالة الأطفال  الأطفال المرتبطون بالقوات المسلحة أو الجماعات المسلحة  المخالفون للقانون | | | الطفل المنفصل عن أقاربه  الطفل غير المصحوب  أسرة يعولها طفل | | | | | لا توجد وثائق قانونية  الاحتياجات الأساسية غير المُلبّاة  العنف، أو الإيذاء، أو الإهمال  المهمشون | | | | | الناجي في بلد المنشأ  الناجي في بلد اللجوء  تشويه الأعضاء التناسلية للإناث  الممارسات التقليدية الضارة  زواج الأطفال (القسري/المبكر)  الجنس من أجل النجاة | | | | | | |
| **لمّ شمل العائلة** | | | | | **الإعاقة** | | | | | **حالة طبية خطيرة** | | | | | | |
| تعقب الأثر مطلوب  لمّ الشمل مطلوب | | | | | إعاقة بدنية  ضعف البصر  ضعف السمع  إعاقة عقلية/ذهنية | | | | | مرض مزمن  حالة طبية حرجة  حالة أخرى | | | | | | |
| **ترتيبات الرعاية (الأطفال غير المصحوبين والمنفصلين عن أقاربهم والأطفال المنفصلون عن والديهم من أجل الحماية)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الاسم الكامل لمقدم الرعاية الحالي: | | | | |  | | | | | | | المعرّف (إذا كان مسجلًا) | | | |  | | | |
| العلاقة بالطفل: | | | | | الجنس:  ذكر  أنثى | | | | | | | | | | | | | | |
| تاريخ ميلاد مقدم الرعاية: اليوم/الشهر/السنة | | | | | | | | | | | العمر | تفاصيل جهة الاتصال الخاصة بمقدم الرعاية: | | | | | | | |
| عدد الأطفال في الأسرة: | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| هل ترتيبات الرعاية رسمية؟ نعم  لا | | | | | | | | | | | نوع ترتيبات الرعاية:  الحضانة البديلة  الرعاية من الأقرباء  الرعاية في المؤسسات  دعم العيش المستقل  أسرة يعولها طفل  مقدم الرعاية العرفي  غير ذلك | | | | | | | | |
| وصف ترتيبات الرعاية: | | | | | | | | | | |
| **تقييم ترتيبات الرعاية (بما في ذلك السمات الإيجابية، والمخاوف، والمخاطر)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هل يحتاج الطفل إلى تدخل لتعقب أثر العائلة ولمّ شملها:  نعم  لا  تفاصيل الشخص المراد تعقب أثره: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الحماية والسلامة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الجانب النفسي** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **التعليم** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الشؤون القانونية والوثائق** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الصحة والتغذية** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الاحتياجات الأساسية (الغذاء، والمأوى، والمواد غير الغذائية، وتوفير المياه وخدمات الصرف الصحي والنظافة الصحية للجميع)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **احتياجات أخرى** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تفاصيل المقابلة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| الأشخاص الذين أُجريت معهم مقابلة لتقييم المصالح الفضلى: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| الشخص الذي أجرى المقابلة | | | |  | | | | | تاريخ الانتهاء من المقابلة | | | | | اليوم/الشهر/السنة | | | | | |
| تنظيم المقابلة | | | |  | | | | | لغة المقابلة | | | | |  | | | | | |
| **معلومات إضافية:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الزيارة المنزلية** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| تم إجراء الزيارة المنزلية:  نعم  لا | | | | | | | | | تاريخ الزيارة المنزلية | | | | | اليوم/الشهر/السنة | | | | | |
| حضور الطفل أثناء الزيارة المنزلية:  نعم  لا | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **تعليقات الزيارة المنزلية:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **الملخص والتوصيات** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آراء الطفل | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| آراء مقدم الرعاية | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هل سبق إجراء تقييم المصالح الفضلى للطفل؟  نعم  لا  تاريخ تقييم المصالح الفضلى السابق: اليوم/الشهر/السنة  تم إجراء تقييم المصالح الفضلى السابق من قِبل: الاسم: المنظمة | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هل سبق إجراء تحديد المصالح الفضلى للطفل؟  نعم  لا  تاريخ تحديد المصالح الفضلى السابق: اليوم/الشهر/السنة  تم إجراء تحديد المصالح الفضلى من قِبل: الاسم: المنظمة | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ملخص التقييم** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| إحالة تحديد المصالح الفضلى ضرورية  نعم  لا | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **التوصيات** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **المراجعة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ملاحظة المراجعة | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| جهة المراجعة | | | |  | | | | | تاريخ المراجعة | | | | | اليوم/الشهر/السنة | | | | | |
| **الموافقة** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| هل يعطي الطفل (أو مقدم الرعاية إذا كان ذلك مناسبًا) قبولًا أو موافقة مستنيرة على المقابلة؟  نعم  لا  هل يعطي الطفل (أو مقدم الرعاية إذا كان ذلك مناسبًا) قبولًا أو موافقة مستنيرة لتلقي خدمات إدارة القضية؟  نعم  لا  هل يعطي الطفل (أو مقدم الرعاية إذا كان ذلك مناسبًا) قبولًا أو موافقة مستنيرة لمشاركة المعلومات مع المنظمات الأخرى لتقديم الخدمات؟  نعم  لا  هل يعطي الطفل (أو مقدم الرعاية إذا كان ذلك مناسبًا) قبولًا أو موافقة مستنيرة لمشاركة المعلومات غير التعريفية للأغراض الإحصائية؟  نعم  لا | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **اسم / معرّف الشخص الذي يقدم الموافقة:** | | | | | | | | | | **العلاقة بالطفل** (حدد "طفل" في حالة عدم وجود مقدم الرعاية): | | | | | | | | | |
| **القيود على مشاركة المعلومات:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |