

سري موافقة على الإفصاح عن المعلومات

ويجب أن يُشرح للحالة بوضوح إمكانية اختيارها لأي من الخيارات المتاحة أو عدم اختيار أي منها.

أصرّح أنا..... (.....) بإطلاع الآخرين على المعلومات التي تخص الحادثة التي أبلغتهم عنها وفقاً لما يلي:

1. أدرك أنني بمنحي التفويض أدناه، 5. إنني بإطلاع مقدمي الخدمة (أو الخدمات) المشار إليهم، على معلومات محددة تخص الحالة مستقاة من تقرير الحادثة، حتى أتمكن من الحصول على المساعدة فيما يخص احتياجاتي الأمنية و/أو الصحية و/أو النفسية و/أو القانونية.

أدرك أن المعلومات المتبادلة ستعامل بسرية واحترام، ولا تتداول إلا وفقاً لما تمليه الحاجة لتوفير المساعدة التي أطلبها.

أدرك أن الإفصاح عن هذه المعلومات يعني أن شخصاً ما من الهيئة أو الخدمة المختارة أدناه قد يحضر للحديث معي. وأحتفظ بحقي، في أي مرحلة من المراحل، في أن أغير رأبي بشأن تبادل المعلومات مع المنظمة/جهة التنسيق المبينة أدناه.

أود أن يفصح عن المعلومات للجهات التالية:
(ضع علامة على كل ما ينطبق، وحدد الاسم، والمرفق، والوكالة/المنظمة كما ينطبق)

- الخدمات الأمنية (حدّد): _____
- الخدمات النفسية (حدّد): _____
- الخدمات الصحية/الطبية (حدّد): _____
- ملجأ آمن/ مركز إيواء (حدّد): _____
- خدمات المساعدة القانونية (حدّد): فسخ عقد نكاح
- خدمات سبل العيش (حدّد): _____
- خدمات أخرى (حدّد): _____

2. أحطت علماً باحتمال تبادل بعض المعلومات التي لا تكشف عن الهوية لأغراض التقارير. أي من المعلومات المتبادلة لن تخصني أو تخص الحادثة التي وقعت لي بالتحديد. لن يتمكن أحد من التعرف علي بناءً على المعلومات المتبادلة. أدرك أن المعلومات المتبادلة ستعامل بسرية واحترام.

1. يضع الحالة علامة على التفويض: نعم لا

(أه اله الد/ه لنالأما أذاكنا الحالة تحت 18 عاماً)

توقيع/بصمة الحالة: _____

(أو الوالد/ولي الأمر إذا كانت الحالة تحت 18 عاماً)

رمز أخصائي الحالة: _____ التاريخ: 2014\4\10

معلومات اساسية (اول شاشة)

اسم الحالة:

رمز الحالة: (سيتم عمل الرمز الكترونياً)

اسم مقدم الخدمة:

اسم جهة مقدم الخدمة:

اتحاد نساء اليمن

اخرى حدد _____

رقم التواصل:

المحافظة:

المديرية:

الناحية:

العزلة:

القرية:

اسم المخيم:

نوع الحالة: (مغفلة.....)

1-يُملا هذا النموذج بمعرفة مدير حالة أو ممارس صحي أو أخصائي اجتماعي أو شخص آخر مخوّل بتقديم الخدمات للحالة	تعليمات
2-لاحظ أن جميع الأسئلة المتبوعة بعلامة النجمة * لا بد أن تظل في نموذج استقاء المعلومات ولا بد من الإجابة عليها. فهذه الأسئلة جزء من الحد الأدنى من مجموعة البيانات اللازم معرفتها عن العنف القائم على النوع الاجتماعي. بعض الأسئلة متبوعة بعلامة النجمة *دائرة O؛ وهي قابلة للتخصيص، ويقصد بالنص المائل في هذه الحقول وجوب تخصيص هذا النصوصاً لكل سياق وإمكانية تعديله. الأسئلة التي لا تحمل علامة يمكن لوكانتك تعديلها أو حذفها إذا لم تكن ضرورية للبرنامج و/أو إدارة الحالة.	
3- ما لم يُنص على خلاف ذلك، ضع علامة أمام إجابة واحدة فقط لكل سؤال.	
4-نرجو ألا تجد حرجاً في إضافة أي عدد من الأسئلة لهذا النموذج وفقاً للحاجة فيما لديك من سياق و/أو إرفاق المزيد من الصفحات لاستكمال السرد إذا لزم الأمر.	

مغفلة

قبل بدء المقابلة، تأكد من فضلك من تذكير الحالة بأن جميع المعلومات المقدمة ستبقى سرية، وأن بإمكانه اختيار عدم الإجابة على أي من الأسئلة التالية.

1- معلومات إدارية	
الرقم التعريفي للحادثة*: (رقم تسلسلي)	الرقم الرمزي للحالة: (رقم تسلسلي من أعلى)
رمز مقدم الخدمة: (رقمك الخاص)	
تاريخ المقابلة (/ / م)	تاريخ المقابلة تاريخ الحادثة
<input type="checkbox"/> المُبلغ هو الحالة <input type="checkbox"/> المُبلغ هو ولي الأمر <input type="checkbox"/> المُبلغ هو شخص غير الحالة وغير ولي الأمر	

رمزي: [g1] التعليق

2- معلومات عن الحالة	
عمر الحالة (قرب إذا لزم الأمر) تاريخ الميلاد (قرب إذا لزم الأمر)*	الجنس*: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر
الحالة المدنية / الاجتماعية الحالية*:	<input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق / منفصل <input type="checkbox"/> أرمل
المستوى التعليمي للحالة: خيارات أساسية	<input type="checkbox"/> ثانوي <input type="checkbox"/> جامعي <input type="checkbox"/> أعلى <input type="checkbox"/> لم تتعلم
عدد الاخوة ان وجد نذكر ترتيب الحالة بين الاخوة: السادس	
سن الزواج ()	
عدد الأطفال وجنسهم: 10-1 + العمر 0-100 ()	
المهنة: موظفة حكومي موظفة خاص عاملة اعمال حرة لا يوجد اخرى	
وضع الحالة اثناء استقبالها	<input type="checkbox"/> في بيت الزوجية <input type="checkbox"/> في بيت الاسرة <input type="checkbox"/> ناشئة <input type="checkbox"/> مشردة <input type="checkbox"/> لا جنة <input type="checkbox"/> لاينطبق

نموذج استقاء المعلومات والتقييم المبني
الإصدار 2 (استكمل في أكتوبر/تشرين الأول 2010)

<p>في حالة كانت لاجئة من اي بلد: <input type="checkbox"/> خيارات بلدان ماهي اللغة التي تتحدث بها: <input type="checkbox"/> خيارات اللغات سبب الاجوء <input type="checkbox"/> الاضطهاد <input type="checkbox"/> نزاعات مسلحة <input type="checkbox"/> كوارث <input type="checkbox"/> المجاعة في حالة كانت نازحة من أي منطقة <input type="checkbox"/> خيارات(نازحين أرحب) سبب النزوح <input type="checkbox"/> الاضطهاد <input type="checkbox"/> نزاعات مسلحة <input type="checkbox"/> كوارث <input type="checkbox"/> المجاعة أو الجفاف الأوبئة</p>
<p>هل الحالة ذو إعاقة؟ <input type="checkbox"/>* لا <input type="checkbox"/> إعاقة ذهنية <input type="checkbox"/> إعاقة جسدية <input type="checkbox"/> كلاهما</p>
<p>إذا كان الحالة طفلاً (أقل من 18 عاماً) فهل يعيش بمفرده؟ <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا (إذا كانت الإجابة بـ"لا"، أجب عن الأسئلة التالية) هل الطفل غير مصحوب أو منفصل أو مستضعف على نحو آخر؟* <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> طفل غير مصحوب <input type="checkbox"/> طفل منفصل <input type="checkbox"/> طفل مستضعف على نحو آخر</p>
<p>إذا كان الحالة يعيش مع شخص ما، فما العلاقة بينه وبين من يعتني به؟ <input type="checkbox"/> الوالد / ولي الأمر <input type="checkbox"/> أحد الأقرباء <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> غير ذلك:</p>
<p>ما هي الحالة الاجتماعية الحالية لمن يعتني به؟ <input type="checkbox"/> أعزب <input type="checkbox"/> متزوج <input type="checkbox"/> مطلق / منفصل <input type="checkbox"/> أرمل <input type="checkbox"/> غير معلوم/لا ينطبق</p>
<p>ما مهنة من يعتني به: <input type="checkbox"/> يعمل <input type="checkbox"/> لا يعمل</p>
<p>معلومات حول اسرة الطفل: التنشئة في المنزل: <input type="checkbox"/> نصح وارشاد <input type="checkbox"/> توبيخ <input type="checkbox"/> تمييز <input type="checkbox"/> اهمال <input type="checkbox"/> ادلال زائد <input type="checkbox"/> حرمان <input type="checkbox"/> قسوة</p>
<p>وجود ممارسات سيئة في الاسرة: <input type="checkbox"/> مخدرات <input type="checkbox"/> شرب خمر <input type="checkbox"/> قات <input type="checkbox"/> تدخين <input type="checkbox"/> اخرى</p>
<p>المستوى التعليمي للوالدين: الأب: <input type="checkbox"/> أمي <input type="checkbox"/> يقرأ ويكتب <input type="checkbox"/> أساسي <input type="checkbox"/> ثانوي <input type="checkbox"/> أعلى الأم: <input type="checkbox"/> أمي <input type="checkbox"/> يقرأ ويكتب <input type="checkbox"/> أساسي <input type="checkbox"/> ثانوي <input type="checkbox"/> أعلى</p>

3-تفاصيل الحادثة

<p>الوقت من اليوم الذي وقعت فيه الحادثة*:</p> <p><input type="checkbox"/> صباحاً (من طلوع الشمس وحتى الظهر)</p> <p><input type="checkbox"/> عصرًا (من الظهر وحتى الغروب)</p> <p><input type="checkbox"/> مساءً/ليلاً (من الغروب وحتى طلوع الشمس)</p> <p><input type="checkbox"/> غير معروف</p> <p><input type="checkbox"/> لا ينطبق</p>	<p>موقع الحادثة / أين وقعت الحادثة*:</p> <p>(خصص خيارات)</p> <p><input type="checkbox"/> منطقة ريفية</p> <p><input type="checkbox"/> مدرسة</p> <p><input type="checkbox"/> طريق</p> <p><input type="checkbox"/> في منزل الحالة</p> <p><input type="checkbox"/> في منزل مرتكب الحادثة المدعى عليه</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك (أذكر التفاصيل) _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا ينطبق</p>
<p>المحافظة التي وقعت فيها الحادثة*:</p> <p><input type="checkbox"/> عمران</p>	<p>المديرية التي وقعت فيها الحادثة*:</p> <p><input type="checkbox"/> عمران</p>
<p>الناحية/العزلة</p> <p><input type="checkbox"/> العشة</p> <p>القرية</p> <p><input type="checkbox"/> العشة</p>	

3- تفاصيل الحادثة تابع

<p>1. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنه ولو جازاً؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنف الحادثة على أنها "اغْتصاب". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالي في القائمة.</p> <p>2. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنه اتصالاً جنسياً غير مرغوب فيه؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنف الحادثة على أنها "اعتداء جنسي". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالي في القائمة.</p> <p>3. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنه اعتداءً جسدياً؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنف الحادثة على أنها "اعتداء جسدي". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالي في القائمة.</p> <p>4. كل كانت الحادثة واقعة زواج قسري؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنف الحادثة على أنها "زواج قسري". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالي في القائمة.</p> <p>5. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنها حرماناً من الموارد أو الفرص أو الخدمات؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنف الحادثة على أنها "حرمان من الموارد أو الفرص أو الخدمات". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالية في القائمة.</p> <p>6. هل تضمنت الحادثة المبلغ عنه إساءة المعاملة النفسية/العاطفية؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← صنف الحادثة على أنها "إساءة معاملة نفسية/عاطفية". إذا كانت الإجابة بلا ← استمر لتصل إلى نوع الحادثة التالية في القائمة.</p> <p>7. هل الحادثة المبلغ عنها حالة من حالات العنف القائم على النوع الاجتماعي؟ إذا كانت الإجابة بنعم ← ابدأ مرة ثانية عند الرقم 1 وحاول إعادة تصنيف الحادثة (إذا كنت حاولت تصنيف الحادثة عدة مرات، اطلب من المشرف عليك مساعدتك في تصنيف الحادثة). إذا كانت الإجابة بلا ← صنف الحادثة على أنها "عنف غير قائم على النوع الاجتماعي".</p>	<p>نوع العنف في الحادثة (يرجى مراجعة نظام تصنيف الحادثة التابع لإدارة معلومات العنف القائم على النوع الاجتماعي واختيار نوع واحد فقط)</p> <p><input type="checkbox"/> اغتصاب (يتضمن الاغتصاب الجماعي، والاعتصاب الزوجي)</p> <p><input type="checkbox"/> اعتداء جنسي (يتضمن محاولة الاغتصاب وجميع أشكال العنف/الاستغلال الجنسي بدون ولوج، وبتر/تشويه الأعضاء التناسلية للأنثى).</p> <p><input type="checkbox"/> اعتداء جسدي (يتضمن الضرب والصفع والركل والدفع وغير ذلك مما ليس له طابع جنسي)</p> <p><input type="checkbox"/> زواج قسري (يتضمن الزواج المبكر)</p> <p><input type="checkbox"/> حرمان من الموارد والفرص والخدمات</p> <p><input type="checkbox"/> إساءة المعاملة النفسية / العاطفية</p> <p><input type="checkbox"/> عنف غير قائم على النوع الاجتماعي (حدّد)</p> <p>ملحوظة: لن تسجّل هذه الحوادث في مسجّل الحوادث</p>
<p>هل تم تبادل مال و/أو سلع و/أو منافع و/أو خدمات فيما يتعلق بهذه الحادثة؟*</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p>	<p>هل كانت هذه الحادثة ممارسة تقليدية ضارة؟*</p> <p><input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ختان <input type="checkbox"/> اخرى</p>
<p>هل أبلغت الحالة عن هذه الحادثة في أي مكان آخر؟*</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، اختر نوع مقدم الخدمة الذي أبلغ الحالة لديه ودون اسمه): (اختر جميع الإجابات التي تنطبق)..</p> <p><input type="checkbox"/> لا</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات صحية/طبية</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات نفسية/و عظ</p> <p><input type="checkbox"/> الشرطة/جهة أمنية أخرى</p> <p><input type="checkbox"/> خدمات المساعدة القانونية</p> <p><input type="checkbox"/> برنامج سبل العيش</p> <p><input type="checkbox"/> ملجأ أمن/ مركز إيواء</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك (حدّد)</p>	
<p>هل تعرضت الحالة لأي حوادث عنف قائم على النوع الاجتماعي في الماضي؟* <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، أرفق وصفاً موجزاً:</p> <p>هل تعرضت الحالة للاستغلال <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم ماتوع الاستغلال ارفق وصفاً موجزاً</p>	

4- معلومات عن مرتكب الحادثة (المعنف)

عدد مرتكبي الحادثة او المدعى عليهم*: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> أكثر من 3 <input type="checkbox"/> غير معروف
جنس مرتكب/مرتكبي الحادثة المدعى عليهم*: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> مرتكبو الحادثة كانوا ذكوراً وإناثاً
مرتكب الحادثة المدعى عليه <input checked="" type="checkbox"/> يمني <input type="checkbox"/> غير يمني
الفئة العمرية لمرتكب الحادثة المدعى عليه* (إذا كانت معلومة أو يمكن تقديرها): <input type="checkbox"/> 0 - 11 <input type="checkbox"/> 12 - 17 <input type="checkbox"/> 18 - 25 <input type="checkbox"/> 26 - 40 <input type="checkbox"/> 41 - 60 <input type="checkbox"/> +61 <input type="checkbox"/> غير معروف
علاقة مرتكب الحادثة بالحالة (حدد أول اختيار ينطبق) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> ولي الأمر <input type="checkbox"/> اخ او اخت <input type="checkbox"/> من العائلة بخلاف الزوج او ولي الامر <input type="checkbox"/> زميل دراسة <input type="checkbox"/> معلم / مسؤول بمدرسة <input type="checkbox"/> مقدم خدمة <input type="checkbox"/> رب العمل <input type="checkbox"/> صديق للعائلة / جار <input type="checkbox"/> لاجئ / شخص مشرد داخلياً / عائد آخر <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> لا توجد علاقة <input type="checkbox"/> غير معروف
المهنة الرئيسية لمرتكب الحادثة (إن كانت معلومة)*: (خصص خيارات المهنة بإضافة علامات اختيار جديدة أو حذف بعضها وفقاً لموقعك) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> مزارع <input type="checkbox"/> طالب <input type="checkbox"/> موظف دولة <input type="checkbox"/> شرطي <input type="checkbox"/> عسكري من جيش الدولة <input type="checkbox"/> تاجر/صاحب عمل <input type="checkbox"/> مسلح غير تابع للدولة/متمرد/ميليشيا <input type="checkbox"/> مسؤول أمني <input type="checkbox"/> شيخ <input type="checkbox"/> زعيم ديني <input type="checkbox"/> معلم <input type="checkbox"/> موظف بالأمم المتحدة <input type="checkbox"/> موظف بمنظمة غير حكومية <input type="checkbox"/> موظف بمنظمة أهلية <input type="checkbox"/> منطوع من المجتمع <input type="checkbox"/> عامل في المجال الصحي <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/> عاطل <input type="checkbox"/> غير معروف

5- الإجراء المخطط له/الإجراء المتخذ: أي إجراء/ نشاط بخصوص هذا التقرير

من أحوال هذا الحالة إليك؟* <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> الخدمات الصحية/الطبية <input type="checkbox"/> الخدمات النفسية/ الوعظ <input type="checkbox"/> الشرطة/ جهة أمنية أخرى <input type="checkbox"/> خدمات المساعدة القانونية <input type="checkbox"/> برنامج سبل العيش <input type="checkbox"/> إحالة ذاتية/ أول نقطة اتصال <input type="checkbox"/> معلم/مسؤول بمدرسة <input type="checkbox"/> شيخ <input type="checkbox"/> ملجأ آمن/مركز إيواء <input type="checkbox"/> فاعل آخر في المجال الإنساني أو التنموي <input type="checkbox"/> جهة حكومية أخرى <input type="checkbox"/> وزارة الداخلية <input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد) 	هل أحلت الحالة إلى ملجأ آمن/مركز إيواء؟* <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة 'لا'، فم لا؟* <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك <input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل <input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق <input type="checkbox"/> رفض الحالة الإحالة <input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة
تاريخ إبلاغ الملجأ او مركز الايواء تاريخ الانتقال الى الملجأ او مركز الايواء اسم الملجأ وعنوانه	هل أحيلت الحالة إلى الخدمات الصحية/الطبية؟* <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا إذا كانت الإجابة 'لا'، فم لا؟* <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك <input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل <input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق <input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة <input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة
تاريخ إبلاغ الخدمة الصحية الطبية الوقت والتاريخ: اسم المرفق الصحي او الطبي موعد المتابعة	

الرقم التعريفي للحادثة

<p>تاريخ الإبلاغ الخدمة النفسية أو الموعد التالي (يوم/شهر/سنة) والوقت اسم المرفق المختص وموقعة: ! موعد المتابع</p>	<p>هل أحيلت الحالة إلى الخدمات النفسية؟*</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة 'لا'، فِلمْ لا؟*</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك <input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل <input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق <input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة <input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة</p>
<p><input type="checkbox"/> لم يستقر على رأي في وقت إعداد التقرير</p>	<p>هل يرغب الحالة في اتخاذ الإجراءات القانونية؟* <input type="checkbox"/> نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا</p>
<p>تاريخ الإبلاغ عن الخدمة القانونية أو الموعد التالي (يوم/شهر/سنة) والوقت: اسم الجهة وموقعها:</p>	<p>هل أحلت الحالة إلى المساعدة القانونية؟*</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة 'لا'، فِلمْ لا؟*</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك <input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل <input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق <input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة <input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة</p>
<p>تاريخ الإبلاغ الامن او الشرطة أو الموعد التالي (يوم/شهر/سنة) والوقت: اسم الجهة وموقعها: موعد المتابعة:</p>	<p>هل أحلت الحالة إلى الشرطة أو إلى جهة أمنية أخرى؟*</p> <p>نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة 'لا'، فِلمْ لا؟*</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك <input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل <input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق <input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة <input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة</p>
<p>تاريخ الإبلاغ الجهة المختصة أو الموعد التالي (يوم/شهر/سنة) والوقت: اسم الجهة وموقعها: موعد المتابعة:</p>	<p>هل أحلت الحالة إلى برنامج لسبل العيش؟*</p> <p>نعم <input checked="" type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/></p> <p>إذا كانت الإجابة 'لا'، فِلمْ لا؟*</p> <p><input type="checkbox"/> الخدمة قدمتها وكالتك <input type="checkbox"/> الخدمات قدمتها وكالة أخرى من قبل <input type="checkbox"/> الخدمة لا تنطبق <input type="checkbox"/> رفض الناجي الإحالة <input type="checkbox"/> الخدمة غير متاحة</p>

