

This form is to be used to refer a person to another specialised service provider. This form must be filled out by the protection entry point: health practitioner, social worker or other authorized person providing support services. Please explain the purpose of the interview and ask for the consent to participate. You will need to provide them with information on the referral agency (ADDMA), how information obtained will be used and confidentiality clause.

Ο σκοπός της φόρμας είναι η παραπομπή του ενδιαφερόμενου σε έναν πάροχο ειδικευμένων υπηρεσιών. Η φόρμα πρέπει να συμπληρώνεται από τον φορέα προστασίας που εντοπίζει τον ενδιαφερόμενο: επαγγελματίας υγείας, κοινωνικός λειτουργός ή/και κάθε άλλος αρμόδιος που παρέχει υπηρεσίες υποστήριξης. Παρακαλείστε να εξηγήσετε το σκοπό της παρούσας συνέντευξης και να ζητήσετε τη συναίνεση του ενδιαφερόμενου. Θα πρέπει να παρέχετε πληροφορίες σχετικά με το φορέα παραπομπής (EATA), την αξιοποίηση των παρεχόμενων στοιχείων και τη ρήτρα εμπιστευτικότητας.

Referred to	Date:
Agency: ADDMA “Provision of targeted support and assistance to asylum seekers and beneficiaries of international protection with disabilities” Contact number: 2105248966 Email: disabilities.inclusive@developathens.gr	_____ (dd–mm–yyyy)
Referred by	Priority level - Initial risk assessment
Agency/site: Staff member: Contact number: Email:	<input type="checkbox"/> High (Immediate follow up requested) <input type="checkbox"/> Medium <input type="checkbox"/> Low
Individual’s Details	
Name/Surname: _____ Nationality _____ Language(s): _____ Interpretation needed? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> DoB/Age: _____ Name of parent/caregiver (if relevant) ¹ : _____ Legal Status: <input type="checkbox"/> Recognized Refugee/Subsidiary Protection Status Holder <input type="checkbox"/> Asylum Seeker <input type="checkbox"/> Temporary Protection Status Holder (Asylum Seeker Card/ Residence Permit) Document No: _____ Accommodation status: <input type="checkbox"/> Self-accommodated <input type="checkbox"/> CFTAAS (site) <input type="checkbox"/> Accommodation provided through programmes /NGOs <input type="checkbox"/> Shelter <input type="checkbox"/> Homeless Location/ Municipality: _____ Certification of Residence : <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Telephone No: _____ AMKA/PAAYPA No: _____	
Type of Disability	
<input type="checkbox"/> Physical disability <input type="checkbox"/> Mental disability/illness <input type="checkbox"/> Visual impairment <input type="checkbox"/> Hearing impairment <input type="checkbox"/> Speech impairment <input type="checkbox"/> Intellectual disability <input type="checkbox"/> Critical medical condition <input type="checkbox"/> Chronic illness <i>Please specify in case of additional vulnerabilities:</i> _____ _____	
Service Required	
<input type="checkbox"/> Support in the procedure for the Application for the Disability Certification/Allowance	

¹ In cases of minors (also including UASCs), please include details of parents/appointed caregivers

 Assistive Device Information provision/counselling on the rights of refugees with disabilities**Reason for Referral** *(Please include details in English or Greek - Παρακαλώ συμπληρώστε στα ελληνικά ή στα αγγλικά)***Attached documents (if any):** Medical Documents Legal documents Previous decision of disability certification
 Application of disability certification Other (please specify)**Informed Consent/Authorisation for Referral**

Please explain the purpose of the referral and the fact that no information will be shared without the permission of the person concerned. *Exception should be made when life and integrity of the person is at risk (immediate danger).

Do you understand what I have explained? ² YES NO - **(FARSI)**

اینجانب اقا/خانم درک میکنم که هدف از این معرفی نامه و در اختیار گذاشتن اطلاعات به اعضای (سازمان توسعه و مدیریت سیاحتی آتن) ADDMA جهت تضمین امنیت و ادامه دریافت خدمات برای من (خانواده من) میباشد. همچنین هر موقع که بخواهم ، میتوانم تصمیم دیگری بگیرم با اطمینان به اینکه عواقب بدی در پی نخواهد داشت . با امضاء این برگه تبادل اطلاعات مربوط به پرونده خود را تایید میکنم.

امضاء: _____ تاریخ: _____

IMPORTANT NOTE: In case of a minor, a parent or an appointed caregiver should sign as well.

Caregiver's Name: _____ Relationship to Child: _____

Caregiver's Signature: _____

Agency _____

Staff worker name: _____ Signature _____

Receiving Organization: (_____)

Referral received by: _____ Signature: _____

Date: _____

Data protection: Sensitive medical data (such as HIV), torture or protection case (violence), or LGBTI at risk: referral should be password protected while password and individual's name should be shared in a separate e-mail. Hard copy kept in locked cabinet.

² ΕΛΛΗΝΙΚΑ: Είμαι ο/η και κατανοώ ότι σκοπός του παρατεμπτικού αυτού καθώς και η αποκάλυψη (παράθεση) πληροφοριών σε μέλος (αντιπροσωπείας/ιδρύματος) είναι για να εξασφαλίσει την ασφάλεια και τη συνέχιση παροχής υπηρεσιών προς εμένα (ή την οικογένειά μου). Μπορώ επίσης να αποφασίσω σε οποιαδήποτε στιγμή να διακόψω, χωρίς να υπάρξουν αρνητικές συνέπειες. Υπογράφοντας δίνω έγκριση για την ανταλλαγή πληροφοριών σχετικά με την υπόθεσή μου.