



Załącznik nr 3 do Regulaminu realizacji projektu „Równe Szanse Równy Rozwój Dla Województwa Łódzkiego”

FORMULARZ WSTĘPNEJ DIAGNOZY POTRZEB W ZAKRESIE PORADNICTWA SPECJALISTYCZNEGO

Niniejszy formularz ma na celu określenie Pana/Pani potrzeb w kontekście udziału w projekcie „Równe Szanse Równy Rozwój Dla Województwa Łódzkiego”. Wszelkie informacje przekazane w formularzu są objęte klauzulą poufności i zostaną wykorzystane jedynie do ustalenia właściwego dla Pana/Pani sytuacji wsparcia indywidualnego w zakresie poradnictwa specjalistycznego. W ramach projektu może Pan/Pani skorzystać ze wsparcia prawnego, psychologicznego, seksuologicznego i psychiatrycznego. Dostępność i wymiar wsparcia w poszczególnych dziedzinach szczegółowo określa regulamin realizacji projektu. Prosimy o przemyślane wybieranie odpowiedzi, możliwie najbardziej zbliżonych do Państwa realnych potrzeb/oczekiwań. W każdej części formularza można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź.

1. Imię i nazwisko kandydata/teki do udziału w projekcie:

.....

2. DOŚWIADCZENIA DYSKRYMINACJI/PRZEMOCY

1) Rodzaje dyskryminacji/przemocy:

☐ Mowa nienawiści (online/offline)

☐ Przemoc fizyczna

☐ Przemoc psychiczna/emocjonalna

☐ Przemoc seksualna

☐ Wypędzenie z domu/wykluczenie z rodziny

☐ Nękanie w szkole/miejsu pracy

☐ Odmowa usług/dostępu do edukacji lub ochrony zdrowia

☐ Groźby/zastraszanie

☐ Inne, jakie:

.....



.....

2) Dyskryminacja/przemoc była związana z:

☐ Orientacją seksualną

☐ Tożsamością płciową

☐ Ekspresją płciową

☐ Inne, jakie

.....

.....

3. STAN PSYCHICZNY I EMOCJONALNY

☐ Odczuwam przewlekły lęk, napięcie lub niepokój

☐ Mam trudności ze snem/koszmary/bezsenna

☐ Doświadczam uczucia smutku, braku sensu lub bezsilności

☐ Przeżywam traumę związaną z doświadczoną sytuacją

☐ Doświadczam myśli samobójczych lub samookaleczeń

☐ Czuję się odizolowany/a i niezrozumiany/a

☐ Inne, jakie

.....

.....

4. POTRZEBY PRAWNE

☐ Chcę zgłosić przestępstwo/nadużycie

☐ Zgłosiłem/am sprawę, ale potrzebuję wsparcia w postępowaniu

☐ Doświadczylem/am dyskryminacji instytucjonalnej (szkoła, urząd, praca)

☐ Potrzebuję pomocy w zakresie prawa rodzinnego, mieszkaniowego, prawa pracy

☐ Inne, jakie



.....
.....

5. OBSZAR SEKSUALNOŚCI I TOŻSAMOŚCI

- ☐ Mam trudność z akceptacją swojej orientacji lub tożsamości
- ☐ Potrzebuję wsparcia w zakresie relacji i seksualności po przemocy
- ☐ Chcę porozmawiać z osobą specjalizującą się w pracy z osobami LGBTQIA+
- ☐ Doświadczyłem/am przemocy seksualnej
- ☐ Inne, jakie

.....
.....

6. FUNKCJONOWANIE CODZIENNE I BEZPIECZEŃSTWO

- ☐ Czuję się obecnie bezpiecznie
- ☐ Mam osoby wspierające /społeczność/grupę wsparcia
- ☐ Potrzebuję pomocy w kontaktach z instytucjami
- ☐ Mam trudności w pracy/szkole/miejscu zamieszkania
- ☐ Inne, jakie

.....
.....

7. AUTOIDENTYFIKACJA POTRZEB/OCZEKIWAŃ

Proszę samodzielnie określić, biorąc pod uwagę własne doświadczenia, jakiego rodzaju wsparcia specjalistycznego Pan/Pani potrzebuje/oczekuje:

- ☐ Psychologicznego
- ☐ Psychiatrycznego
- ☐ Seksuologicznego
- ☐ Prawnego



Dodatkowe uwagi do powyższego wskazania (jeśli dotyczy):

.....

.....

.....

.....

Rekomendacja - wypełnia przedstawiciel organizatora projektu

Na podstawie przeprowadzonej diagnozy kieruję Pana/Panią (*imię i nazwisko*):

.....

do udziału w indywidualnym poradnictwie specjalistycznym w ramach projektu
„Równe Szanse Równy Rozwój Dla Województwa Łódzkiego” z następującego zakresu
(*zaznaczyć właściwe*):

☐ Psychologicznego

☐ Psychiatrycznego

☐ Seksuologicznego

☐ Prawnego

Dodatkowe uwagi do powyższego skierowania (jeśli dotyczy):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Data i miejscowość

.....
**Czytelny podpis przedstawiciela organizatora
projektu**