|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\tugba.celik1.AILE\Desktop\Karışık İş\Arma kullanımı.png  **EK 11.7. PSİKOSOSYAL DESTEK ÇALIŞMA GRUBU  İHTİYAÇ TESPİT/HANE GÖRÜŞME FORMU (PSD-H)** | | | | | | | |
| **FORM BİLGİLERİ** | | | | | | | |
| PSD-H No: *(Veri ekibi tarafından*  *doldurulacaktır)* | | Formun Düzenlenme Tarihi: | | | Çalışma Alanı: | Sorumlu Ekip Lideri: | |
| **HANENİN TAKİP DURUMU** *(Görüşmenin sonunda doldurulacak son başlıktır.)* | | | | | | | |
| ( ) Evet ( ) Hayır | Açıklama:  Planlanan Görüşme Tarihi: | | | | | | |
| Tercüman İhtiyacı | ( ) Yok ( ) Var, dili belirtiniz……………. ( ) İşaret Dili | | | | | | |
| **1- AYDINLATILMIŞ ONAM** *(Formu bölüm numarasında belirtilen sıra ile doldurunuz.)* | | | | | | | |
| Verdiğiniz tüm bilgilerin mahremiyetiniz korunarak psikososyal değerlendirmeye tabi tutulması ve gerektiğinde ilgili kurumlarla paylaşılmasını onaylıyor musunuz?   ( ) Evet ( ) Hayır | | | | | | | |
| **2- HANENİN İLETİŞİM BİLGİLERİ** | | | | | | | |
| Görüşülen Kişinin Adı Soyadı: | | | ( ) Kadın ( ) Erkek | | | | |
| Kimlik No: | T.C. Kimlik No: | |  | | | | |
| Yabancı Kimlik No: | |  | | | | |
| Adres ve İletişim Bilgileri: | ( ) İkamet Adres  *(Zorunlu)* | |  | | | | |
| ( ) Geçici Barınma  *(Zorunlu)* | |  | | | | |
| Telefon | |  | | | | |
| Mümkünse Kendisi Dışında Bir Kişinin İrtibat Bilgileri: | Adı Soyadı | |  | | | | |
| Yakınlık Derecesi | |  | | | | |
| Telefon | |  | | | | |
| **3- HANE HALKI BİLGİLERİ** | | | | | | | |
| **Adı Soyadı** | **Hanedeki Rolü**  *(Anne, baba, dede, çocuk vb.)* | **Yaş** | **Cinsiyet** | **Eğitim Durumu** *(Çocuklar için sınıf belirtiniz)* | **Hassas Grup /Özel Durum**  *(Engelli, hükümlü, hamile, diyaliz hastası vb. şeklinde belirtiniz.)* | **Kayıp, Vefat ve Yaralı Durumu** *(Varsa ilgili satıra durumu yazınız)* | **\*\*\* Bireysel Görüşme İhtiyacı** *(Yok, Acil, Acil Değil, Bireysel Görüşme Yapıldı şeklinde yazınız)* |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| *\*\*\* Görüşme yapılan kişi ailede psikolojik olarak etkilenen üyeleri kendisi ifade edebilir ya da temel ihtiyaca odaklandığından psikolojik destek ihtiyacını göz ardı edilebilir. Bu nedenle meslek elemanının aile üyelerini gözlemlemesi gerekir. Hane içerisinde kişilerin psikolojik açıdan bireysel görüşmeye ihtiyacını doğrudan sormak yerine “Afetten sonra ailenizdeki kişilerin durumu nasıl? Korku, uyuyamama, alt ıslatma vb. durumlar yaşayan var mı?” şeklinde sorular sorularak aile üyelerinin durumu değerlendirilir. İhtiyacı tespit eden ekipte bireysel görüşme yapabilecek yetkinlikte meslek elemanı var ise ayrı bir yerde bireysel görüşme formu kullanılarak görüşmenin gerçekleşmesi sağlanmalıdır. Ekipte bireysel görüşme yapabilecek meslek elemanı yok ise aciliyet durumu ilgili satırda belirtilerek yönlendirme yapılmalıdır.* | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4 - HANEYE AİT DİĞER BİLGİLER** | | | | |
| Aylık hane geliri | Afetten önce ( ) Yok ( ) Var, miktar belirtiniz. …………... Afetten sonra ( ) Yok ( ) Var, miktar belirtiniz. …………... | | | |
| Evin hasar durumu | ( ) Yok ( ) Az hasarlı ( ) Orta hasarlı ( ) Ağır hasarlı ( ) Acil yıktırılacak ( ) Yıkılmış | | | |
| Aynı hanede yaşadığınız ailenizin dışında, anne-baba, kardeş ve/veya evli çocuklarınızda kayıp, vefat ve yaralı varsa durumu kısaca yazınız: | | | | |
| **5-HANENİN İHTİYAÇ TESPİTİ** | | | | |
| **Aciliyet Durumu** | **\*İhtiyaç** | | **\*\*Yönlendirilecek Kurum/Çalışma Grubu** | |
| Çok Acil |  | |  | |
| Acil |  | |  | |
| Acil Değil |  | |  | |
| *\* Çadır, misafirhane/barınma yeri, beslenme, su, giyim, battaniye, bebek maması/bezi, kadın pedi, hasta bezi, ilaç, yaşlı bastonu, tekerlekli sandalye, tıbbi müdahale vb. ihtiyaçların aciliyet durumuna göre yukarıdaki boşluklara detaylı (kıyafet bedeni, ilaç adı vb.) yazılması gerekmektedir. Çok acil'lerin mümkünse aynı gün içinde ilgili kuruma hemen iletilmesini sağlayınız. Bir bölgede/mahallede/köyde bütün haneler aynı ihtiyacı dile getiriyor ise o ihtiyacı çok acil olarak kabul edip İl AADYM'ye iletiniz. Ailenin harekete geçirilmesi/güçlendirilmesi adına ulaşabilecekleri bazı ihtiyaçlar (ücretsiz giyim, gıda marketleri vb.) için ilgili kurumların adını ve adres bilgisini veriniz. İhtiyaçları önem sırasına göre numaralandırarak yazabilirsiniz. \*\** ***Arama Kurtarma ve Barınma Hizmeti:*** *AFAD İl Müd.* ***Ayni Bağış ve Depo Yönetimi ve Dağıtımı:*** *Sosyal Yardım ve Dayanışma Vakfı* ***Sağlık Hizmeti:*** *Sağlık İl Müd* ***Hasar Tespit, Enkaz, Alt Yapı Hizmeti:*** *Çevre ve Şehircilik İl Müd.* ***Beslenme Hizmeti:*** *Kızılay* ***Tahliye ve Yerleştirme Hizmeti:*** *İl Jandarma Komutanlığı* ***Güvenlik ve Trafik Hizmeti:*** *Emniyet İl Müd.* ***Enerji Hizmeti:*** *Enerji ve Tabii Kaynaklar İl Müd* ***Defin Hizmeti:*** *İl/İlçe Belediye Başkanlıkları* | | | | |
| **6 - SOSYAL HİZMET MÜDAHALESİNDEN YARARLANMA DURUMU** | | | | |
| **ASHB’den yararlandığı hizmetler (şu anda)** ( ) SED ( ) Engelli Evde Bakım Ücreti ( ) Koruyucu Aile ( ) Şehit Yakını veya Gazi ( ) Sosyal Yardım (SYDV) ( ) Diğer *(Açıklayınız)* | | **ASHB’den yararlanabileceği hizmet / yararlanacak kişinin adı-soyadı** ( ) Çocuklara Yönelik Hizmetler *(SED, Kurum Bakımı)* ………………………………. ( ) Engelli ve Yaşlılara Yönelik Hizmetler *(Evde Bakım Ücreti, Kurum Bakımı)*  ………………………………. ( ) Kadınlara Yönelik Hizmetler *(ŞÖNİM, Kadın Konuk Evi)* ……………………………….. ( ) Sosyal Yardım (SYDV)  ……………………………….. ( ) Diğer (Açıklayınız)  ………………………………… | | |
| **PSİKOSOSYAL DESTEK MESLEK ELEMANI BİLGİLERİ** *(Birden fazla isim yazılabilir)* | | | | |
| Adı Soyadı: | | | | **İmza** |
| Mesleği | | | |
| Çalıştığı İl/Kurumu | | | |
| Telefon ve E-posta | | | |