**Анкета для участі в сімейному ретриті**

**БУДЬ ЛАСКА, ЗАПОВНІТЬ УСІ ПОЛЯ АНКЕТИ**

(анкета може бути заповнена від руки або в друкованому вигляді)

Усі персональні дані, які надаються Вами, будуть зберігатися в суворій відповідності до принципів захисту даних МОМ.

У разі виникнення запитань, просимо Вас надсилати листи на цю адресу: [IOMVeteranProject@iom.int](mailto:IOMVeteranProject@iom.int)

|  |
| --- |
| Я надаю Міжнародній організації з міграції згоду на обробку моїх персональних даних, які будуть зберігатися в суворій відповідності до Принципів захисту даних Міжнародної організації з міграції.  *Так /Ні***\*** |

*Відібраним учасникам програми зателефонують співробітники МОМ та буде надіслано запрошення на участь в ретриті.*

|  |  |
| --- | --- |
| **ПІБ дорослого (-их), стать (-ті) та вік** |  |
| **Імена, стать та вік дітей** |  |
| **Наявність статусу ветерана/ветеранки, особи з інвалідністю внаслідок війни** |  |
| **Інформація про поточну або колишню військову службу** |  |
| **Орієнтовний річний дохід домогосподарства** |  |
| **Зайнятість** |  |
| **Номер(и) телефону** |  |
| **Електронна пошта** |  |
| **Регіон (область) проживання** |  |
| **Дозвіл залишати голосові повідомлення?** |  |
| **Дозвіл надсилати повідомлення на електронну пошту?** |  |
| **Дані про вакцинацію від COVID-19 дорослих членів родини, які мають намір прийняти участь в ретриті** |  |

**Які наступні (після ретріту) послуги можуть Вас зацікавити? Терапія?**

Індивідуальна \_\_\_\_\_\_Парна \_\_\_\_\_\_ Сімейна \_\_\_\_\_\_\_ Дитяча/Підліткова\_\_\_\_\_\_\_ Інша\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Яку допомогу Ви хотіли би отримати?**

**Чи проходили Ви (або хтось із членів сім’ї) попереднє консультування, чи зараз Ви відвідуєте психолога чи психіатра? (Якщо так, то коли і з якою метою?):**

Так чи Ні

Якщо так:

Коли і з якою метою?

**Чи у Вас (або у когось із членів сім’ї) зараз виникають думки про те, щоб нашкодити собі чи комусь іншому?**

Так чи Ні

Якщо так:

Чи плануєте Ви діяти відповідним чином?

Якщо так:

Чи є у Вас намір?

Якщо так:

Чи є у Вас засоби?

**Чи заарештовували Вас (чи когось із членів сім’ї) за що-небудь протягом останніх трьох років? Якщо так, то якою була причина арешту?**

Так чи Ні

**Як би Ви описали своє (або когось із членів сім’ї) вживання наркотиків та алкоголю? (Наприклад, щодня? Разом? Яка кількість напоїв на тиждень?)**

**Ви стурбовані своїм (або когось із членів сім’ї) вживанням наркотиків або алкоголю?**

Так чи Ні

ДЯКУЄМО!! J