# ZAŁĄCZNIKI DO STANDARDÓW OCHRONY MAŁOLETNICH

1. Karta zgłoszenia krzywdzenia
2. Karta interwencji
3. Wzór zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa na szkodę Małoletniego
4. Formularz Niebieskiej Karty
5. Wzór wniosku o wgląd w sytuację Małoletniego/rodziny
6. Oświadczenie o zapoznaniu się ze Standardami Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej
7. Raport z realizacji czynności zapewnienia Personelowi edukacji oraz szkoleń
8. Anonimowa ankieta monitorująca Standardy Ochrony Małoletnich
9. Raport z okresowego przeglądu Standardów
10. Wersja skrócona Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej
11. Karta incydentu

# ZAŁĄCZNIK NR 1

## KARTA ZGŁOSZENIA ZAGROŻENIA LUB KRZYWDZENIA DZIECKA

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane osobowe Dziecka:**  |  |
| **Dane osobowe osoby zgłaszającej:** (imię, nazwisko, dane do kontaktu, stopień pokrewieństwa, źródło wiedzy o zagrożeniu/krzywdzeniu)  |  |
| **Data zgłoszenia:**  |  |
| **Opis sytuacji podany przez osobę zgłaszającą:**  |  |
| **Informacje dodatkowe:**  |  |
| **Informacja o potencjalnej osobie krzywdzącej:**  |  |
| **Podpis osoby zgłaszającej**  | **Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie**  |

# ZAŁĄCZNIK NR 2

## KARTA INTERWENCJI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.**  | **Imię i nazwisko Małoletniego:**  |  |
| **2.**  | **Osoba zawiadamiająca o zagrożeniu lub krzywdzeniu Małoletniego:**  |  |
| **3.**  | **Przyczyna interwencji:** (forma Krzywdzenia lub Zagrożenia Małoletniego) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **4.**  | **Opis działań podjętych przez osobę zawiadamiającą o zagrożeniu lub krzywdzeniu Małoletniego:**  | **Data:** | **Działanie:** |
| **5.**  | **Opis działań podjętych przez Osobę prowadzącą interwencję:**  | **Data:**  | **Działanie:**  |
|  |  |
| **6.**  | **Rodzaj wszczętej** **Procedury** (zakreślić właściwe)  | 1. Procedura złożenia zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa na szkodę Małoletniego
2. Procedura Niebieskiej Karty
3. Procedura złożenia wniosku o wgląd w sytuację Małoletniego/rodziny 4. Inna
 |
| **7.**  | **Uzyskana informacja na temat wyników podjętych działań/wszczętej** **Procedury** (działania podjęte przez Opiekunów Małoletnich lub odpowiednie organy)  | **Data:**  | **Działanie:**  |
|  |  |
| **8.**  | **Inne informacje** |  |
| **Podpis osoby zgłaszającej**  | **Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie** |

# ZAŁĄCZNIK NR 3

## WZÓR ZAWIADOMIENIA O POPEŁNIENIU PRZESTĘPSTWA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

Prokuratura Rejonowa w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zawiadamiający:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (imię i nazwisko lub nazwa1)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(adres do korespondencji)

## ZAWIADOMIENIE O PODEJRZENIU POPEŁNIENIA PRZESTĘPSTWA

Niniejszym składam zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(typ przestępstwa)* na szkodę małoletniego *(imię i nazwisko, data urodzenia)*

przez \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(imię i nazwisko domniemanego sprawy).*

### Uzasadnienie:

W dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, w trakcie wykonywania przeze mnie czynności zawodowych, tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ u małoletniego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(imię i nazwisko)* w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nazwa podmiotu leczniczego)* uzyskałem/am informacje o/zaobserwowałem/am\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(opis podejrzenia popełnienia przestępstwa: kiedy i gdzie miało miejsce zdarzenie, kto mógł je widzieć lub wiedzieć o nim, kto mógł je popełnić. Należy wypełnić zgodnie z tym, co się wydarzyło).*

Mając na uwadze powyższe informacje, a także dobro i bezpieczeństwo małoletniego, wnoszę o wszczęcie postępowania w tej sprawie.

W przypadku konieczności przesłuchania w charakterze świadka lekarzy z ww. placówki medycznej, wnoszę o uprzednie zwolnienie z tajemnicy lekarskiej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(własnoręczny podpis zawiadamiającego)*

**Załączniki:**

* Dokument upoważniający do reprezentacji1)

# ZAŁĄCZNIK NR 4

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość, data)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nazwa i adres podmiotu, w którym jest zatrudniona osoba wypełniająca formularz „Niebieska Karta – A”)

## „NIEBIESKA KARTA – A”

**W związku z powzięciem uzasadnionego podejrzenia stosowania przemocy domowej lub w wyniku zgłoszenia przez świadka przemocy domowej ustala się, co następuje:**

1. DANE OSOBY/OSÓB DOZNAJĄCYCH PRZEMOCY DOMOWEJ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane  | Osoba 1 doznająca przemocy domowej  | Osoba 2 doznająca przemocy domowej  | Osoba 3 doznająca przemocy domowej  |
| Małoletni (Tak/Nie)1) |  |  |  |
| Imię i nazwisko  |  |  |  |
| Imiona rodziców  |  |  |  |
| Wiek  |  |  |  |
| PESEL2)  |  |  |  |
| Nazwa i adres miejsca pracy/ nazwa i adres placówki oświatowej, do której uczęszcza małoletni  |  |  |  |
| *Adres miejsca zamieszkania:*  |  |  |
| Kod pocztowy  |  |  |  |
| Miejscowość  |  |  |  |
| Gmina  |  |  |  |
| Województwo  |  |  |  |
| Ulica  |  |  |  |
| Nr domu/nr lokalu  |  |  |  |
| Telefon lub adres e-mail  |  |  |  |
| *Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania):*  |
| Kod pocztowy  |  |  |  |
| Miejscowość  |  |  |  |
| Gmina  |  |  |  |
| Województwo  |  |  |  |
| Ulica  |  |  |  |
| Nr domu/nr lokalu  |  |  |  |
| *Stosunek pokrewieństwa, powinowactwa lub rodzaj relacji z osobą stosującą przemoc domową:* *(np. żona, była żona, partner, były partner, córka, pasierb, matka, teść)1)* |
|  |  |  |  |

**Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierająca**

**Tabelę I**

1. LICZBA MAŁOLETNICH W ŚRODOWISKU DOMOWYM, W KTÓRYM PODEJRZEWA SIĘ STOSOWANIE

PRZEMOCY DOMOWEJ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. DANE OSOBY/OSÓB STOSUJĄCYCH PRZEMOC DOMOWĄ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Dane  | Osoba 1 stosująca przemoc domową  | Osoba 2 stosująca przemoc domową  |
| Imię i nazwisko  |  |  |
| Imiona rodziców  |  |  |
| Wiek  |  |  |
| PESEL2) |  |  |
|  | *Adres miejsca zamieszkania:*  |  |
| Kod pocztowy  |  |  |
| Miejscowość  |  |  |
| Gmina  |  |  |
| Województwo  |  |  |

1. CZY OSOBA STOSUJĄCA PRZEMOC DOMOWĄ ZACHOWYWAŁA SIĘ W NASTĘPUJĄCY SPOSÓB (zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ulica  |  |  |
| Nr domu/nr lokalu  |  |  |
| Telefon lub adres e-mail  |  |  |
| *Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania):*  |
| Kod pocztowy  |  |  |
| Miejscowość  |  |  |
| Gmina  |  |  |
| Województwo  |  |  |
| Ulica  |  |  |
| Nr domu/nr lokalu  |  |  |
| Sytuacja zawodowa, w tym nazwa i adres miejsca pracy  |  |  |
| *Stosunek pokrewieństwa, powinowactwa lub rodzaj relacji z osobą doznającą przemocy domowej:* *(np. żona, była żona, partner, były partner, córka, pasierb, matka, teść)1)* |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Osoby/formy przemocy domowej  | Osoba 1 stosująca przemoc  | Osoba 2 stosująca przemoc  |  |
| wobec Osoby 1 doznającej przemocy | wobec Osoby 2 doznającej przemocy | wobec Osoby 3 doznającej przemocy  | wobec Osoby 1 doznającej przemocy  | wobec Osoby 2 doznającej przemocy  | wobec Osoby 3 doznającej przemocy  |
| Przemoc fizyczna3)*bicie, szarpanie, kopanie, duszenie, popychanie, obezwładnianie i inne (wymień jakie)* |  |  |  |  |  |  |
| Przemoc psychiczna3)*izolowanie, wyzywanie, ośmieszanie, grożenie, krytykowanie, poniżanie i inne (wymień jakie)*  |  |  |  |  |  |  |
| Przemoc seksualna3)*zmuszanie do obcowania płciowego, innych czynności seksualnych i inne* *(wymień jakie)*  |  |  |  |  |  |  |
| Przemoc ekonomiczna3)*niełożenie na utrzymanie osób,* *wobec których istnieje taki obowiązek, niezaspokajanie potrzeb materialnych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie* *sprzętów domowych* *oraz ich*  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *sprzedawanie i inne* *(wymień jakie)* |  |  |  |  |  |  |
| Przemoc za pomocą środków komunikacji elektronicznej3)*wyzywanie, straszenie, poniżanie osoby w Internecie lub przy użyciu telefonu, robienie jej zdjęcia lub rejestrowanie filmów bez jej zgody, publikowanie w Internecie lub rozsyłanie telefonem zdjęć, filmów lub tekstów, które ją obrażają lub ośmieszają, i inne (wymień jakie)* |  |  |  |  |  |  |
| Inne3)*zaniedbanie, niezaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych i innych, niszczenie rzeczy osobistych,demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych i ich sprzedawanie, pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności lub wieku nie może samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb, zmuszanie do picia alkoholu,*  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *zmuszanie do zażywania środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków i inne (wymień jakie)* |  |  |  |  |  |  |

1. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ ODNIOSŁA USZKODZENIA CIAŁA? (TAK/NIE)1)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba 1 doznająca przemocy  | Osoba 2 doznająca przemocy  | Osoba 3 doznająca przemocy  |
|  |  |  |

**Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą**

**Tabelę V**

1. CZY W ŚRODOWISKU DOMOWYM BYŁA W PRZESZŁOŚCI REALIZOWANA PROCEDURA „NIEBIESKIEJ KARTY”?

tak (kiedy? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ gdzie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) nie nie ustalono

1. CZY W ŚRODOWISKU DOMOWYM AKTUALNIE JEST REALIZOWANA PROCEDURA „NIEBIESKIE KARTY”?

tak

nie

nie ustalono

1. Czy osoba stosująca przemoc domową POSIADA broń palną?

tak nie nie ustalono

1. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ CZUJE SIĘ BEZPIECZNIE? **(TAK/NIE)**1)

**Uwaga! W przypadku większej niż 3 liczby osób doznających przemocy dołącz kolejną kartę zawierającą Tabelę IX**

1. ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY DOMOWEJ

ustalono – wypełnij tabelę nie ustalono

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Osoba 1 doznająca przemocy  | Osoba 2 doznająca przemocy  | Osoba 3 doznająca przemocy  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane  | Świadek 1  | Świadek 2  | Świadek 3  |
| Imię i nazwisko  |  |  |  |
| Wiek  |  |  |  |
| *Adres miejsca zamieszkania:*  |
| Kod pocztowy  |  |  |  |
| Miejscowość  |  |  |  |
| Gmina  |  |  |  |
| Województwo  |  |  |  |
| Ulica  |  |  |  |
| Nr domu/nr lokalu  |  |  |  |
| Telefon lub adres e-mail  |  |  |  |
| *Stosunek świadka do osób, wobec których są podejmowane działania w ramach procedury „Niebieskie Karty” (np. członek rodziny, osoba obca)1)* |
|  |  |  |  |

1. DZIAŁANIA INTERWENCYJNE PODJĘTE WOBEC OSOBY STOSUJĄCEJ PRZEMOC DOMOWĄ

 (zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Działanie  | Osoba 1 stosująca przemoc  | Osoba 2 stosująca przemoc  |
| Badanie na zawartość alkoholu (wynik)  |  |  |
| Doprowadzenie do wytrzeźwienia  |  |  |
| Doprowadzenie do policyjnego pomieszczenia dla osób zatrzymanych  | na podstawie art. 15a ustawy z dnia 6 kwietnia 1990 r. o Policji (Dz. U. z 2023 r. poz. 171, z późn. zm.)  |  |  |
| na podstawie art. 244 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks postępowania karnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 1375, z późn. zm.)  |  |  |
| Zatrzymanie w izbie zatrzymań jednostki organizacyjnej Żandarmerii Wojskowej  |  |  |
| Powiadomienie organów ścigania  |  |  |
| Wydanie nakazu natychmiastowego opuszczenia wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia  |  |  |
| Wydanie zakazu zbliżania się do wspólnie zajmowanego mieszkania i jego bezpośredniego otoczenia  |  |  |
| Zakaz zbliżania się osoby stosującej przemoc domową do osoby dotkniętej taką przemocą na określoną w metrach odległość  |  |  |
| Zakaz kontaktowania się z osobą dotkniętą przemocą domową  |  |  |
| Zakaz wstępu i przebywania osoby stosującej przemoc na terenie szkoły, placówki oświatowej, opiekuńczej i artystycznej, do których uczęszcza osoba dotknięta przemocą domową  |  |  |
| Zakaz wstępu i przebywania osoby stosującej przemoc w miejscach pracy osoby doznającej przemocy domowej  |  |  |
| Zawiadomienie komórki organizacyjnej Policji, właściwej w spawach wydawania pozwolenia na broń, o wszczęciu procedury „Niebieskie Karty”  |  |  |
| Odebranie broni palnej, amunicji oraz dokumentów potwierdzających legalność posiadania broni  |  |  |
| Poinformowanie o prawnokarnych konsekwencjach stosowania przemocy domowej  |  |  |
| Inne (wymień jakie?)  |  |  |

1. DZIAŁANIA INTERWENCYJNE PODJĘTE WOBEC OSOBY DOZNAJĄCEJ PRZEMOCY DOMOWEJ

 (zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Działanie  | Osoba 1 doznająca przemocy  | Osoba 2 doznająca przemocy  | Osoba 3 doznająca przemocy  |
| Udzielono pomocy ambulatoryjnej  |  |  |  |
| Przyjęto na leczenie szpitalne  |  |  |  |
| Wydano zaświadczenie o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała  |  |  |  |
| Zapewniono schronienie w placówce całodobowej  |  |  |  |
| Zabezpieczono małoletniego w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia  |  |  |  |
| Powiadomiono sąd rodzinny o sytuacji małoletniego  |  |  |  |
| Przekazanie formularza „Niebieska Karta – B”  |  |  |  |
| Inne (wymień jakie?)  |  |  |  |

1. DODATKOWE INFORMACJE
2. WSZCZĘCIE PROCEDURY „NIEBIESKIE KARTY” NASTĄPIŁO PRZEZ (zaznacz w odpowiednim miejscu znak X):

|  |  |
| --- | --- |
| Pracownika socjalnego jednostki organizacyjnej pomocy społecznej  |  |
| Funkcjonariusza Policji  |  |
| Żołnierza Żandarmerii Wojskowej  |  |
| Pracownika socjalnego specjalistycznego ośrodka wsparcia dla osób doznających przemocy domowej  |  |
| Asystenta rodziny  |  |
| Nauczyciela  |  |
| Osobę wykonującą zawód medyczny, w tym lekarza, pielęgniarkę, położną lub ratownika medycznego  |  |
| Przedstawiciela gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych  |  |
| Pedagoga, psychologa lub terapeutę, będących przedstawicielami podmiotów, o których mowa w art. 9a ust. 3 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy domowej  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko oraz czytelny podpis osoby wypełniającejformularz „Niebieska Karta – A”)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data wpływu formularza, podpis członka Zespołu Interdyscyplinarnego)

1. Wpisać właściwe.
2. Numer PESEL wpisuje się, o ile danej osobie numer taki został nadany. W przypadku braku numeru PESEL jest konieczne podanie innych danych identyfikujących osobę.
3. Podkreślić rodzaje zachowań.

## „NIEBIESKA KARTA – B” INFORMACJA DLA OSÓB DOZNAJĄCYCH PRZEMOCY DOMOWEJ

**Co to jest procedura „Niebieskie Karty”?**

Są to różne działania podejmowane w sytuacji podejrzenia lub stwierdzenia stosowania przemocy domowej na podstawie przepisów ustawy o przeciwdziałaniu przemocy domowej. Celem procedury „Niebieskie Karty” jest zatrzymanie przemocy domowej i udzielenie pomocy i wsparcia Tobie i Twoim najbliższym. Na skutek wszczęcia procedury „Niebieskie Karty” informacja dotycząca Twojej sytuacji zostanie przekazana do grupy diagnostyczno-pomocowej. Więcej informacji na temat dalszych działań uzyskasz podczas spotkania z członkami tej grupy, na które zostaniesz zaproszona/(y). W trakcie procedury członkowie grupy będą kontaktować się także z osobą, która przemoc stosuje.

**Co to jest przemoc domowa?**

Przemoc domowa to jednorazowe albo powtarzające się umyślne działanie lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:

1. narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
2. naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
3. powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienia lub krzywdę,
4. ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,
5. istotnie naruszające prywatność tej osoby lub wzbudzające u niej poczucie zagrożenia, poniżenia lub udręczenia, w tym podejmowane za pomocą środków komunikacji elektronicznej.

**Kto może być osobą doznającą przemocy domowej?**

a) małżonek, także w przypadku gdy małżeństwo ustało lub zostało unieważnione, oraz jego wstępni (np. rodzice, dziadkowie, pradziadkowie), zstępni (np. dzieci, wnuki, prawnuki), rodzeństwo i ich małżonkowie, b) wstępni i zstępni oraz ich małżonkowie,

1. rodzeństwo oraz ich wstępni, zstępni i ich małżonkowie,
2. osoba pozostająca w stosunku przysposobienia i jej małżonek oraz ich wstępni, zstępni, rodzeństwo i ich małżonkowie,
3. osoba pozostająca obecnie lub w przeszłości we wspólnym pożyciu oraz jej wstępni, zstępni, rodzeństwo i ich małżonkowie,
4. osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca oraz jej wstępni, zstępni, rodzeństwo i ich małżonkowie,
5. osoba pozostająca obecnie lub w przeszłości w trwałej relacji uczuciowej lub fizycznej niezależnie od wspólnego zamieszkiwania i gospodarowania,
6. małoletni.

**Najczęstsze formy przemocy domowej:**

**Przemoc fizyczna**: bicie, szarpanie, kopanie, duszenie, popychanie, obezwładnianie i inne.

**Przemoc psychiczna**: izolowanie, wyzywanie, ośmieszanie, grożenie, krytykowanie, poniżanie i inne.

**Przemoc seksualna**: zmuszanie do obcowania płciowego, innych czynności seksualnych i inne.

**Przemoc ekonomiczna**: niełożenie na utrzymanie osób, wobec których istnieje taki obowiązek, niezaspokajanie potrzeb materialnych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych i ich sprzedawanie i inne.

**Przemoc za pomocą środków komunikacji elektronicznej**: wyzywanie, straszenie, poniżanie osoby w Internecie lub przy użyciu telefonu, robienie jej zdjęcia lub rejestrowanie filmów bez jej zgody, publikowanie w Internecie lub rozsyłanie telefonem zdjęć, filmów lub tekstów, które ją obrażają lub ośmieszają i inne.

**Inny rodzaj zachowań**: zaniedbanie, niezaspokojenie podstawowych potrzeb biologicznych, psychicznych i innych, niszczenie rzeczy osobistych, demolowanie mieszkania, wynoszenie sprzętów domowych i ich sprzedawanie, pozostawianie bez opieki osoby, która z powodu choroby, niepełnosprawności lub wieku nie może samodzielnie zaspokoić swoich potrzeb, zmuszanie do picia alkoholu, zmuszanie do zażywania środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków i inne.

## WAŻNE

Prawo zabrania stosowania przemocy i krzywdzenia swoich bliskich. Jeżeli Ty lub ktoś z Twoich bliskich jest osobą doznającą przemocy domowej, nie wstydź się prosić o pomoc. Wezwij Policję, dzwoniąc na numer alarmowy 112. Prawo stoi po Twojej stronie!

Masz prawo do złożenia zawiadomienia o popełnieniu przestępstwa z użyciem przemocy domowej do Prokuratury, Policji lub Żandarmerii Wojskowej.

Możesz także zwrócić się po pomoc do podmiotów i organizacji realizujących działania na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej.

Pomogą Ci:

* **Ośrodki pomocy społecznej** – w sprawach socjalnych, bytowych i prawnych.
* **Powiatowe centra pomocy rodzinie** – w zakresie prawnym, socjalnym, terapeutycznym lub udzielą informacji na temat instytucji lokalnie działających w tym zakresie w Twojej miejscowości.
* **Ośrodki interwencji kryzysowej i Ośrodki wsparcia** – zapewniając schronienie Tobie i Twoim bliskim, gdy doznajesz przemocy domowej, udzielą Ci pomocy i wsparcia w przezwyciężeniu sytuacji kryzysowej, a także opracują plan pomocy.
* **Specjalistyczne ośrodki wsparcia dla osób doznających przemocy domowej** – zapewniając bezpłatne całodobowe schronienie Tobie i Twoim bliskim, gdy doznajesz przemocy domowej, oraz udzielą Ci kompleksowej, specjalistycznej pomocy w zakresie interwencyjnym, terapeutyczno-wspomagającym oraz potrzeb bytowych.
* **Okręgowe ośrodki i lokalne punkty działające w ramach Sieci Pomocy Pokrzywdzonym Przestępstwem** – zapewniając profesjonalną, kompleksową i bezpłatną pomoc prawną, psychologiczną, psychoterapeutyczną i materialną.
* **Sądy opiekuńcze** – w sprawach opiekuńczych i alimentacyjnych.
* **Placówki ochrony zdrowia** – np. uzyskać zaświadczenie lekarskie o doznanych obrażeniach.
* **Komisje rozwiązywania problemów alkoholowych** – podejmując działania wobec osoby nadużywającej alkoholu.
* **Punkty nieodpłatnej pomocy prawnej** – w zakresie uzyskania pomocy prawnej.
* **Wykaz placówek funkcjonujących na Twoim terenie, udzielających pomocy i wsparcia osobom doznającym przemocy domowej**

Uwaga: (dane wprowadza zespół interdyscyplinarny):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa instytucji/organizacji**  | **Adres instytucji/organizacji**  | **Telefon**  | **Adres e-mail**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Możesz zadzwonić do:**

* **Ogólnopolskiego Pogotowia dla Ofiar Przemocy w Rodzinie „Niebieska Linia" tel. 800 12 00 02** (linia całodobowa i bezpłatna), w poniedziałki w godz. 1800–2200 można rozmawiać z konsultantem w języku angielskim, a we wtorki w godz. 1800–2200 w języku rosyjskim. **Dyżur prawnytel. (22) 666 28 50** (linia płatna, czynna w poniedziałek i wtorek w godzinach 1700–2100) oraz **tel. 800 12 00 02** (linia bezpłatna, czynna w środę w godzinach 1800–2200). **Poradnia e-mailowa:** niebieskalinia@niebieskalinia.info. Członkowie rodzin z problemem przemocy i problemem alkoholowym mogą skonsultować się także przez **SKYPE: pogotowie.niebieska.linia** ze specjalistą z zakresu przeciwdziałania przemocy w rodzinie – konsultanci posługują się językiem migowym.
* **Ogólnokrajowej Linii Pomocy Pokrzywdzonym tel. +48 222 309 900** przez całą dobę można anonimowo uzyskać

 informacje o możliwości uzyskania pomocy, szybką poradę psychologiczną

i prawną, a także umówić się na spotkanie ze specjalistami w dowolnym miejscu na terenie Polski. Możliwe są konsultacje w językach obcych oraz w języku migowym.

* **Policyjny telefon zaufania dla osób doznających przemocy domowej nr 800 120 226** (linia bezpłatna przy połączeniu z telefonów stacjonarnych, czynna codziennie w godzinach od 930 do 1530, od godz. 1530 do 930 włączony jest automat).

# ZAŁĄCZNIK NR 5

## WZÓR WNIOSKU O WGLĄD W SYTUACJĘ DZIECKA/RODZINY

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

Sąd Rejonowy w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Wydział Rodzinny i Nieletnich

**Wnioskodawca:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(imię i nazwisko lub nazwa1)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (adres do korespondencji)*

Uczestnicy postępowania:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(imiona i nazwiska rodziców)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(adres zamieszkania/pobytu)*

Rodzice małoletniego:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*(imię i nazwisko małoletniego, data urodzenia2)*

## WNIOSEK O WGLĄD W SYTUACJĘ DZIECKA

Niniejszym wnoszę o wgląd w sytuację małoletniego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(imię i nazwisko, data urodzenia) oraz wydanie odpowiednich zarządzeń opiekuńczych.

### Uzasadnienie

W dniu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, w trakcie wykonywania przeze mnie czynności zawodowych, tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ u małoletniego \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (imię i nazwisko) w \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nazwa podmiotu leczniczego) uzyskałem/am informacje o/zaobserwowałem/am \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (opis sytuacji zagrożenia dobra małoletniego).

Mając na uwadze powyższe informacje można przypuszczać, że dobro małoletniego jest zagrożone. Dlatego wniosek o wgląd w sytuację rodzinną małoletniego i ewentualnie wsparcie rodziny jest uzasadnione. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(własnoręczny podpis wnioskodawcy)*

Załączniki:

* Dokument upoważniający do reprezentacji1)
* Odpis pisma
1. Należy zawsze podać imię i nazwisko małoletniego i adres jego pobytu. Tylko w takim przypadku sąd może skutecznie pomóc.
2. Złożenie wniosku jest wolne od opłat.

# ZAŁĄCZNIK NR 6

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ r.

## OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ ZESTANDARDAMI OCHRONY MAŁOLETNICH W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że zapoznałem/am się ze Standardami Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej oraz zobowiązuje się do ich stosowania i przestrzegania.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 *(data, miejscowość)* *(własnoręczny podpis)*

# ZAŁĄCZNIK NR 7

## NOTATKA Z REALIZACJI CZYNNOŚCI SZKOLENIOWYCH ORAZ EDUKACYJNYCH PERSONELU

|  |  |
| --- | --- |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  | **Protokół szkolenia**  |
| **Data szkolenia:**  |  |
| **Miejsce szkolenia:**  |  |
| **Temat szkolenia:**  |  |
| **Osoba prowadząca szkolenie:**  |  |
| **Omawiane zagadnienia:**  | 1. Zasady bezpiecznych kontaktów z Małoletnim.
2. Przepisy prawa w zakresie ochrony Małoletniego przed Zagrożeniami oraz

Krzywdzeniem w szczególności Prawa Pacjenta, Prawa Dziecka, zasady przetwarzania udostępnionych danych osobowych, odpowiedzialność prawna Personelu Placówki medycznej zobowiązanych do podejmowania interwencji. 1. Rozpoznawanie czynników Krzywdzenia Małoletnich.
2. Ochrona Małoletnich przed Zagrożeniami oraz Krzywdzeniem.
3. Adekwatne reagowanie w sytuacjach zagrożenia oraz stosowanie procedur interwencji.
 |
| **Lista uczestników wraz z podpisami uczestników:**  | 1.  |  |
| 2.  |  |
| 3.  |  |
| 4.  |  |

 **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(podpis osoby prowadzącej szkolenie)*

# ZAŁĄCZNIK NR 8

## ANONIMOWA ANKIETA MONITORUJĄCA STANDARDY OCHRONY MAŁOLETNICH

|  |
| --- |
| *Ankieta ma na celu zbadanie realizację Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej oraz poprawę funkcjonowania* *Standardów.* *Ankieta jest anonimowa.* *Prosimy o poświęcenie kilku minut i odpowiedzi na poniższe pytania.*  |
| **Pytanie**  | **TAK**  | **NIE**  | **UWAGI**  |
| 1.  | Czy zna Pan/Pani treść dokumentu Standardy Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej?  |  |  |  |
| 2. | Czy posiada Pan/Pani podstawową edukację w zakresie zasad bezpiecznych kontaktów z Małoletnimi, ochrony Małoletnich przed zagrożeniami oraz krzywdzeniem oraz adekwatnego reagowania w sytuacjach zagrożenia?  |  |  |  |
| 3.  | Czy stosuje Pan/Pani w swojej pracy w Placówce medycznej zasady, o których mowa w Standardach Ochrony Małoletnich?  |  |  |  |
| 4. | Czy miał Pan/Pani w Placówce medycznej styczność z Małoletnim doznającym krzywdzenia? |  |  |  |
| 5.  | Jeśli odpowiedź na pytanie nr 4 to „TAK”, to czy zasady oraz procedury, o których mowa w Standardach Ochrony Małoletnich, okazały się pomocne i wystarczające przy podejmowaniu reakcji?  |  |  |  |
| 6. | Czy zdarzyło się Panu/Pani zaobserwować naruszenie zasad, o których mowa w Standardach Ochrony Małoletnich, w Placówce medycznej przez innego członka Personelu lub Kierownictwo? Jeśli tak, prosimy o opisanie, jakie zasady zostały naruszone. |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 7. | Czy według Pana/Pani Standardy Ochrony Małoletnich są przestrzegane w Placówce medycznej?  |  |  |  |
| 8. | Czy ma Pan/Pani uwagi/przemyślenia związane z funkcjonowaniem Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej? Jeśli tak, to prosimy o ich opisanie.  |  |  |  |
| 9.  | Czy ma Pan/Pani propozycje zmian oraz aktualizacji do treści Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej?  |  |  |  |

# ZAŁĄCZNIK NR 9

## RAPORT Z OKRESOWEGO PRZEGLĄDU STANDARDÓW

|  |  |
| --- | --- |
| **Podstawa raportu:**  | Art. 22b ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich w zw. z punktem 60 Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej  |
| **Data przeglądu:**  |  | **Data następnego przeglądu:**  |  |
| **I. Zakres przeglądu obejmuje sprawdzenie:**  |
| 1. Przegląd Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej, w szczególności pod kątem zgodności z aktualnymi przepisami prawa oraz potrzebami Pacjentów Placówki medycznej.
2. Ocena stosowania Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej.
3. Przegląd ankiet monitorujących realizację Standardów Ochrony Małoletnich wypełnionych przez Personel Placówki medycznej oraz propozycji zamian do treści Standardów Ochrony Małoletnich.
 |
| **II. Ustalenia oraz wnioski po przeglądzie:**  |
|  | Standardy Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej nie wymagają aktualizacji. Ocena stosowania Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej jest pozytywna. |
|  | Standardy Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej wymagają aktualizacji z uwagi na zmianę obowiązujących przepisów prawa. Aktualizacji wymagają następujące rozdziały/punkty Standardów Ochrony Małoletnich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zgodnie z punktem 61 Standardów, „Właściciel Standardów Ochrony Małoletnich w LUX MED” wprowadzi do Standardów niezbędne zmiany oraz udostępni zaktualizowane Standardy Personelowi Placówki medycznej. Ocena stosowania Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej jest pozytywna. |
|  | Standardy Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej wymagają aktualizacji z uwagi przedłożone „Właścicielowi Standardów Ochrony Małoletnich w LUX MED” zasadne propozycje zmian do treści Standardów. Aktualizacji wymagają następujące rozdziały/punkty Standardów Ochrony Małoletnich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zgodnie z punktem 61 Standardów, „Właściciel Standardów Ochrony Małoletnich w LUX MED” wprowadzi do Standardów niezbędne zmiany oraz udostępni zaktualizowane Standardy Personelowi Placówki medycznej. Ocena stosowania Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej jest pozytywna. |
|  | Standardy Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej wymagają aktualizacji z uwagi negatywną ocenę ich stosowania w Placówce medycznej. Aktualizacji wymagają następujące rozdziały/punkty Standardów Ochrony Małoletnich: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zgodnie z punktem 61 Standardów, „Właściciel Standardów Ochrony Małoletnich w LUX MED” wprowadzi do Standardów niezbędne zmiany oraz udostępni zaktualizowane Standardy Personelowi Placówki medycznej.  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(podpis osoby dokonującej przeglądu)*

# ZAŁĄCZNIK NR 10

**STANDARDY OCHRONY MAŁOLETNICH W PLACÓWCE MEDYCZNEJ**

**APC ANALIZY MEDYCZNE SP. Z O.O.**

**- WERSJA SKRÓCONA –**

1. Znajdujesz się w placówce medycznej, gdzie opiekujemy się Twoim zdrowiem.
2. Każda osoba, która tutaj pracuje zadba o Twoje bezpieczeństwo traktując Cię z życzliwością i szacunkiem.
3. Nikomu nie wolno Cię krzywdzić, krzyczeć na Ciebie, wyśmiewać, a także fotografować.
4. Podczas pobytu w naszej placówce przez cały czas będziesz pod opieką Twoich rodziców
lub osób do tego upoważnionych.
5. Zostaniesz poinformowany o każdej czynności wykonywanej wobec Ciebie przez pracowników naszej placówki.
6. Każdej osobie, która tutaj pracuje możesz wszystko powiedzieć, o wszystko zapytać,
zgłosić każdą wątpliwość. Chętnie Cię wysłuchamy i odpowiemy.
7. Jeżeli uznasz, że dzieje się coś złego, źle się czujesz lub czegoś się boisz – zgłoś to naszemu pracownikowi. Postaramy się pomóc.
8. Zawsze możesz liczyć na pomoc ze strony naszych pracowników.
9. Podajemy całodobowe, bezpłatne numery telefonów do osób, którym możesz zaufać
i opowiedzieć swoją historię:

**Ogólnopolskie Pogotowie dla Ofiar Przemocy**

 **w Rodzinie „Niebieska Linia” 800 12 00 02**

**Telefon zaufania dla dzieci i młodzieży 116 111**

# ZAŁĄCZNIK NR 11

## KARTA INCYDENTU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Podpis osoby przyjmującej zawiadomienie  | **Imię i nazwisko Małoletniego:**  |  |
| **2.**  | **Osoba zawiadamiająca o incydencie:**  |  |
| **3.**  | **Osoba dopuszczająca się incydentu:**  |  |
| **4.**  | **Opis zgłoszonego incydentu:**  |  |
| **5.**  | **Opis działań podjętych przez osobę zawiadamiającą o incydencie:**  | **Data:**  | **Działanie:**  |
|  |  |
|  |  |
| **5.**  | **Opis działań podjętych przez** **Osobę przyjmującą zawiadomienie, w tym wobec osoby dopuszczającej się incydentu:**  | **Data:**  | **Działanie:**  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **6.**  | **Rodzaj wszczętej Procedury** (zakreślić właściwe)  | **Procedura złożenia zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa na szkodę Małoletniego Procedura Niebieskiej Karty** **Procedura złożenia wniosku o wgląd w sytuację Małoletniego/rodziny Inna**  |
| **7.** | **Inne informacje** |  |
| Podpis osoby zawiadamiającej o incydencie | Podpis osoby przyjmującej zawiadomienie |