

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
-

**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

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	

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 sprawcy).

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⁾
-

(miejsowość, 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:

I. 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			
PESEL ²⁾			
Nazwa i adres miejsca pracy/ nazwa i adres placówki oświatowej, do której uczęszcza małoletni			
<i>Adres miejsca zamieszkania:</i>			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			
Województwo			

Ulica			
Nr domu/nr lokalu			
Telefon lub adres e-mail			
<i>Adres miejsca pobytu (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania):</i>			
Kod pocztowy			
Miejscowość			
Gmina			
Województwo			
Ulica			
Nr domu/nr lokalu			
<i>Stosunek pokrewieństwa, powinowactwa lub rodzaj relacji z osobą stosującą przemoc domową: (np. żona, była żona, partner, były partner, córka, pasierb, matka, teść)¹⁾</i>			

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

II. LICZBA MAŁOLETNICH W ŚRODOWISKU DOMOWYM, W KTÓRYM PODEJRZEWA SIĘ STOSOWANIE PRZEMOCY DOMOWEJ _____

III. DANE OSOBY/OSÓB STOSUJĄCYCH PRZEMOC DOMOWĄ

Dane	Osoba 1 stosująca przemoc domową	Osoba 2 stosująca przemoc domową
Imię i nazwisko		
Imiona rodziców		
Wiek		
PESEL ²⁾		
<i>Adres miejsca zamieszkania:</i>		
Kod pocztowy		
Miejscowość		
Gmina		
Województwo		

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

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



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

<p><i>sprzedawanie i inne (wymień jakie)</i></p>						
<p>Przemoc za pomocą środków komunikacji elektronicznej³⁾ <i>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)</i></p>						
<p>Inne³⁾ <i>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,</i></p>						

<i>zmuszanie do zażywania środków odurzających, substancji psychotropowych lub leków i inne (wymień jakie)</i>						
--	--	--	--	--	--	--

V. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ ODNIOŚŁA 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

VI. CZY W ŚRODOWISKU DOMOWYM BYŁA W PRZESZŁOŚCI REALIZOWANA PROCEDURA „NIEBIESKIE KARTY”?

- tak (kiedy? _____ gdzie? _____)
- nie
- nie ustalono

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

- tak
- nie
- nie ustalono

VIII. Czy osoba stosująca przemoc domową POSIADA broń palną?

- tak
- nie
- nie ustalono

IX. CZY OSOBA DOZNAJĄCA PRZEMOCY DOMOWEJ CZUJE SIĘ BEZPIECZNIE? (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 IX

X. ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY DOMOWEJ

ustalono – wypełnij tabelę

nie ustalono

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

XI. 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 określonej 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 pozwoleń 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?)			

XII. 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?)			

XIII. DODATKOWE INFORMACJE

XIV. 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 wypełniającej formularz „Niebieska Karta – A”)

(data wpływu formularza, podpis członka Zespołu Interdyscyplinarnego)

¹⁾ Wpisać właściwie.

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 działania lub zaniechanie, wykorzystujące przewagę fizyczną, psychiczną lub ekonomiczną, naruszające prawa lub dobra osobiste osoby doznającej przemocy domowej, w szczególności:

- a) narażające tę osobę na niebezpieczeństwo utraty życia, zdrowia lub mienia,
- b) naruszające jej godność, nietykalność cielesną lub wolność, w tym seksualną,
- c) powodujące szkody na jej zdrowiu fizycznym lub psychicznym, wywołujące u tej osoby cierpienia lub krzywdę,
- d) ograniczające lub pozbawiające tę osobę dostępu do środków finansowych lub możliwości podjęcia pracy lub uzyskania samodzielności finansowej,
- e) 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, pradiadkowie), zstępni (np. dzieci, wnuki, prawnuki), rodzeństwo i ich małżonkowie,
 - b) wstępni i zstępni oraz ich małżonkowie,
 - c) rodzeństwo oraz ich wstępni, zstępni i ich małżonkowie,
 - d) osoba pozostająca w stosunku przysposobienia i jej małżonek oraz ich wstępni, zstępni, rodzeństwo i ich małżonkowie,
 - e) osoba pozostająca obecnie lub w przeszłości we wspólnym pożyciu oraz jej wstępni, zstępni, rodzeństwo i ich małżonkowie,
 - f) osoba wspólnie zamieszkująca i gospodarująca oraz jej wstępni, zstępni, rodzeństwo i ich małżonkowie,
 - g) osoba pozostająca obecnie lub w przeszłości w trwałej relacji uczuciowej lub fizycznej niezależnie od wspólnego zamieszkiwania i gospodarowania,
-

h) 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: nielożenie 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 Prześstępstwem** – 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 prawny tel. (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).

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

²⁾ Należy zawsze podać imię i nazwisko małoletniego i adres jego pobytu. Tylko w takim przypadku sąd może skutecznie pomóc.

³⁾ Złożenie wniosku jest wolne od opłat.

_____, 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)

NOTATKA Z REALIZACJI CZYNNOŚCI SZKOLENIOWYCH ORAZ EDUKACYJNYCH PERSONELU

_____	Protokół szkolenia	
Data szkolenia:		
Miejsce szkolenia:		
Temat szkolenia:		
Osoba prowadząca szkolenie:		
Omawiane zagadnienia:	<ol style="list-style-type: none"> 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. 3. Rozpoznawanie czynników Krzywdzenia Małoletnich. 4. Ochrona Małoletnich przed Zagrożeniami oraz Krzywdzeniem. 5. Adekwatne reagowanie w sytuacjach zagrożenia oraz stosowanie procedur interwencji. 	
Lista uczestników wraz z podpisami uczestników:	1.	
	2.	
	3.	
	4.	

(podpis osoby prowadzącej szkolenie)

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?			

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 zmian do treści Standardów Ochrony Małoletnich.			
II. Ustalenia oraz wnioski po przeglądzie:			
<input type="checkbox"/>	Standardy Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej nie wymagają aktualizacji. Ocena stosowania Standardów Ochrony Małoletnich w Placówce medycznej jest pozytywna.		
<input type="checkbox"/>	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.		
<input type="checkbox"/>	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.		
<input type="checkbox"/>	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)

STANDARDY OCHRONY MAŁOLETNICH W PLACÓWCE MEDYCZNEJ

- WERSJA SKRÓCONA -

1. Znajdujesz się w placówce medycznej. Opiekujemy się tutaj Twoim zdrowiem oraz chcemy Tobie pomóc.
2. Każda osoba, która tutaj pracuje (lekarz, pielęgniarka, osoby w recepcji) dbają o Twoje bezpieczeństwo oraz traktują Ciebie z życzliwością i szacunkiem.
3. Nikomu nie wolno Ciebie krzywdzić. Nikomu nie wolno Ciebie dotykać bez Twojej zgody, krzyczeć na Ciebie, wyśmiewać Ciebie, fotografować Ciebie.
4. Podczas pobytu w placówce medycznej przez cały czas są przy Tobie Twoi rodzice lub opiekunowie.
5. Podczas wizyty u lekarza lub pielęgniarki będzie Tobie wyjaśniane, co lekarz lub pielęgniarka wykonują i dlaczego.
6. Każdej osobie, która tutaj pracuje (lekarzom, pielęgniarkom, osobom w recepcji) możesz wszystko powiedzieć. Chętnie Ciebie wysłuchają i pomogą.
7. Każdą osobę, która tutaj pracuje (lekarzom, pielęgniarkom, osobom w recepcji) możesz o wszystko zapytać. Chętnie odpowiedzą na Twoje pytania.
8. Każdej osobie, która tutaj pracuje (lekarzom, pielęgniarkom, osobom w recepcji) możesz powiedzieć, jeżeli dzieje się coś niedobrego, źle się czujesz, boisz się czegoś, ktoś Ciebie krzywdzi. Chętnie Ciebie wysłuchamy i pomożemy.
9. W placówce medycznej możesz korzystać z dostępu do sieci Internet za zgodą Twoich rodziców lub opiekunów. Dostęp jest zabezpieczony hasłem. Nie wszystkie strony internetowe są dostępne.
10. Pamiętaj, że nikt nie ma prawa Ciebie krzywdzić. Zawsze możesz liczyć na pomoc. To 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

KARTA INCYDENTU

1.	Imię i nazwisko Małoletniego:		
2.	Osoba zawiadamiająca o incydencie:		
3.	Osoba dopuszczająca się do 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 do 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

