 **ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ[[1]](#footnote-1) ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ** 

*(αφορά το πρόσφατο ημερολογιακό τετράμηνο)*

**Αρ. Μητρώου περίπτωσης ή Κωδικός Εισόδου[[2]](#footnote-2): Χρόνος Καταχώρησης:** *Μήνας:* Επιλέξτε ένα στοιχείο. *Έτος:* Επιλέξτε ένα στοιχείο.

**Φορέας που υποβάλλει το έντυπο:**

**Ονοματεπώνυμο και τηλέφωνο επαγγελματία** (για την καταχώρηση):

**Α.** Ποιες υπηρεσίες παρέχετε;

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| α/α | Υπηρεσίες | **Ημ/νία έναρξης της συνεργασίας** | **Ημ/νία λήξης της συνεργασίας** | **Η Υπηρεσία παρέχεται κατόπιν παραπομπής από άλλο Φορέα;** | **Η παροχή της υπηρεσίας πραγματοποιήθηκε με τη συνδρομή διερμηνέα;** |
| 1. | Επιλέξτε υπηρεσία | Εισάγετε ημερομηνία | Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι  Εάν Ναι, αναφέρετε τον Φορέα: | Ναι  Όχι  Εάν ναι, επιλέξτε Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εάν όχι, επιλέξτεΕπιλέξτε ένα στοιχείο. |
| 2. | Επιλέξτε υπηρεσία | Εισάγετε ημερομηνία | Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι  Εάν Ναι, αναφέρετε τον Φορέα: | Ναι  Όχι  Εάν ναι, επιλέξτε Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εάν όχι, επιλέξτεΕπιλέξτε ένα στοιχείο. |
| 3. | Επιλέξτε υπηρεσία | Εισάγετε ημερομηνία | Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι  Εάν Ναι, αναφέρετε τον Φορέα: | Ναι  Όχι  Εάν ναι, επιλέξτε Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εάν όχι, επιλέξτεΕπιλέξτε ένα στοιχείο. |
| 4. | Επιλέξτε υπηρεσία | Εισάγετε ημερομηνία | Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι  Εάν Ναι, αναφέρετε τον Φορέα: | Ναι  Όχι  Εάν ναι, επιλέξτε Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εάν όχι, επιλέξτεΕπιλέξτε ένα στοιχείο. |
| 5. | Επιλέξτε υπηρεσία | Εισάγετε ημερομηνία | Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι  Εάν Ναι, αναφέρετε τον Φορέα: | Ναι  Όχι  Εάν ναι, επιλέξτε Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εάν όχι, επιλέξτεΕπιλέξτε ένα στοιχείο. |
| 6. | Επιλέξτε υπηρεσία | Εισάγετε ημερομηνία | Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι  Εάν Ναι, αναφέρετε τον Φορέα: | Ναι  Όχι  Εάν ναι, επιλέξτε Επιλέξτε ένα στοιχείο.  Εάν όχι, επιλέξτεΕπιλέξτε ένα στοιχείο. |

**Συνοδείες** (αριθμός και είδος υπηρεσίας, π.χ. 5 συνοδείες σε Μονάδες Υγείας, 1 συνοδεία για έκδοση ΑΦΜ):

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

\*Σε περίπτωση **διακοπής** παροχής υπηρεσίας, αναφέρετε τον λόγο: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ** 

**Β.** Έγινε παραπομπή σε άλλον Φορέα και για ποιες υπηρεσίες προστασίας;

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **α/α** | **Σε ποιον Φορέα;** | **Είδος υπηρεσίας** | **Ημ/νία παραπομπής ή έναρξης της συνεργασίας** | **Ημ/νία λήξης της συνεργασίας** | **Κατά την παραπομπή γνωστοποιήθηκε ο ΑΜ;** |
| 1. |  | Επιλέξτε υπηρεσία | Επιλέξτε ένα στοιχείο  Εισάγετε ημερομηνία | Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι |
| 2. |  | Επιλέξτε υπηρεσία | Επιλέξτε ένα στοιχείο  Εισάγετε ημερομηνία | Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι |
| 3. |  | Επιλέξτε υπηρεσία | Επιλέξτε ένα στοιχείο  Εισάγετε ημερομηνία | Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι |
| 4. |  | Επιλέξτε υπηρεσία | Επιλέξτε ένα στοιχείο  Εισάγετε ημερομηνία | Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι |
| 5. |  | Επιλέξτε υπηρεσία | Επιλέξτε ένα στοιχείο  Εισάγετε ημερομηνία | Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι |
| 6. |  | Επιλέξτε υπηρεσία | Επιλέξτε ένα στοιχείο  Εισάγετε ημερομηνία | Εισάγετε ημερομηνία | Ναι  Όχι |

Παρακαλούμε σημειώστε εάν εντός του τετραμήνου μεταβλήθηκε:

1. το **νομικό καθεστώς διαμονής** Ναι  Όχι  Εάν ναι, διευκρινίστε\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ο **τόπος διαμονής** στην Ελλάδα Ναι  Όχι  Εάν ναι, διευκρινίστε\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. το **καθεστώς χαρακτηρισμού** του ατόμου ως θύμα εμπορίας Ναι  Όχι  Εάν ναι, διευκρινίστε\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. η συμμετοχή του θύματος στις **ποινικές διαδικασίες**  Ναι  Όχι  Εάν ναι, διευκρινίστε\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Εννοούνται οι υπηρεσίες που παρέχονται από τον φορέα αναφοράς καθώς και οι παραπομπές σε άλλους φορείς προστασίας. Με τον όρο «παραπομπή» εννοείται η άμεση επικοινωνία του επαγγελματία με άλλον φορέα με τη σύμφωνη γνώμη του θύματος και σκοπό την ολοκληρωμένη προστασία του. *Η απλή ενημέρωση για άλλες διαθέσιμες υπηρεσίες και δομές δεν αποτελεί παραπομπή.* [↑](#footnote-ref-1)
2. Αναγράφεται στην περίπτωση που δεν έχει γνωστοποιηθεί ο Αριθμός Μητρώου της περίπτωσης. Αποτελείται από 11 χαρακτήρες και σχηματίζεται ως εξής: τα 2 πρώτα γράμματα του ονόματος, 2 πρώτα γράμματα επωνύμου, 1o γράμμα ονόματος πατέρα, 1ο γράμμα ονόματος μητέρας, 2 τελευταία ψηφία έτους γέννησης και 3 πρώτα γράμματα χώρας καταγωγής με λατινικούς κεφαλαίους χαρακτήρες *(για όποιο στοιχείο είναι άγνωστο συμπληρώνεται παύλα/ες*). [↑](#footnote-ref-2)