

## كيف تتم ممارسة أنشطة اس اس بي اف SSPF - التعاون ما بين المدرسة وإدارة الخدمات الاجتماعية والشرطة وأنشطة أوقات الفراغ.

إذا وصلت هذه الرسالة إلى يدك الآن فإن هذا يعني أن هناك عدد كبير من الأطراف من الذين يشعرون بالقلق حول طفلك، وأيضاً أن هناك عدد كبير من الأطراف من الذين يريدون تقديم المساعدة بهذا الصدد والتعاون لكي تسير الأمور على ما يرام.

عن طريق القيام بالتوقيع على استمارة موافقة (أنظر ص 2) يصبح بإمكاننا أن نتعاون سوياً لكي يحصل طفلك على أفضل أشكال الدعم.

إذا كانت توجد لديك أسئلة أو تساؤلات حول الموافقات فلا تتوانى عن التحدث مع أحد مسؤولي شؤون تنسيق أنشطة SSPF الذين يمكن أن يخبروك المزيد عما يعنيه قيامك بتقديم الموافقة وكيف سنتمكن من المضي قدماً في عملنا.

### في بلدية أوسترسوند

إن اس اس بي اف SSPF هو تجمع ثابت لتبادل المعلومات حول الشببية والأحداث في بلدية أوسترسوند.

إن المجموعة الهدف لأنشطة اس اس بي اف SSPF تشمل الأطفال والشببية الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12 - 16 سنة. تشكل المدرسة، إدارة الخدمات الاجتماعية، الشرطة وأنشطة أوقات الفراغ دائماً أساس أنشطة SSPF ولكن في بعض الأوضاع التي يقيم فيها بعد الحصول على موافقة حاملي حق الحضانة أنه من المفيد مشاركة أطراف أخرى.

### نظرة مشتركة لتوفير مساعدة أفضل حول الطفل

عن طريق SSPF يتم التوصل إلى عمل مشترك حول طفلكم. عن طريق نظرة مشتركة لتوفير مساعدة أفضل حول الطفل يمكن أن نقوم نحن العاملون وفي وقت مبكر بتقديم أشكال أفضل من المساعدة وذلك بهدف تجنب وضع طفلك في وضع غير مناسب.

### حامل حق الحضانة يفك رباط كتم الاسرار

إن أنشطة SSPF مبنية على أساس قيام حامل حق الحضانة بتقديم موافقة خطية تتعلق بالسماح بقيام مستخدمين من العاملين في السلطات الثلاث بفك رباط كتم الاسرار والتحدث بشكل منفتح حول وضع الطفل. هذا وإن أنشطة أوقات الفراغ غير ملزمة بواجب سرية المعلومات.

## استمارة – الموافقة على تبادل المعلومات

### حامل حق الحضانة

أوافق بموجب هذا على قيام إدارة الخدمات الاجتماعية، المدرسة، الشرطة وأنشطة أوقات الفراغ SSPF بالتعاون حول احتياجات طفلي. بناء عليه أوافق أن تقوم السلطات المذكورة بتبادل المعلومات حول طفلي بدو أن يعيق ذلك واجب سرية المعلومات.

تسري موافقتي فقط على المعلومات اللازمة لكي تتمكن السلطات المتعاونة حول الأمر من القيام بمساعدة طفلي بأفضل شكل.

تسري هذه الموافقة حتى تاريخ: \_\_\_\_\_ أو حتى يتم الاتفاق على شيء آخر.

بإمكاني أن أقوم في أي وقت من الأوقات بالتراجع عن موافقتي.

المكان والتاريخ: \_\_\_\_\_

وقع حاملي حق الحضانة:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

الاسم موضحا:

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ الجوال: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_ الجوال: \_\_\_\_\_

اسم الطفل / الطفلة: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد والرقم الشخصي للطفل / الطفلة: \_\_\_\_\_