

Приложение  
к протоколу межведомственного  
взаимодействия по оказанию  
помощи жертвам насилия в семье

**ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ**  
**о передаче сведений в государственное учреждение**  
**«Пружанский территориальный центр**  
**социального обслуживания населения»**

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О социальном обслуживании» семейное неблагополучие, конфликты и жестокое обращение в семье являются основанием для признания семьи (Граждан) нуждающейся (нуждающимися) в социальной поддержке.

Государственное учреждение «Пружанский территориальный центр социального обслуживания населения» (далее - ЦСОН) оказывает гражданам (семьям), оказавшимся в трудной жизненной ситуации, различные виды социальных услуг в соответствии с действующим законодательством.

Вам предлагается подписать этот документ, если Вы столкнулись с проблемой насилия в семье. Подписывая его, Вы даёте разрешение на передачу информации о Вас (фамилия, имя, отчество, контактная информация, краткое описание жизненной ситуации) сотрудникам ЦСОН. Вся информация является конфиденциальной, то есть не подлежит разглашению третьим лицам.

На основании этой информации специалист ЦСОН сможет связаться с Вами наиболее удобным для Вас способом и предложить следующие виды услуг:

- социально-психологические услуги;
- содействие в получении и оформлении всех видов льгот и гарантий, предусмотренных законодательством (получение и восстановление необходимых документов, оформление льгот и пособий и т.д.);
- содействие в получении юридических услуг;
- социально-посреднические услуги.

Вышеуказанные услуги предоставляются **БЕСПЛАТНО**.  
Вы имеете право отказаться от социальных услуг, предоставляемых ЦСОН, на любом этапе. Отказ не повлияет на Ваше обслуживание в других учреждениях района, на выплату льгот и пособий и т.д.

Я полностью ознакомился (ознакомилась) с текстом данного информационного согласия и добровольно даю согласие на передачу информации о себе в ЦСОН. Сообщаю о себе следующее:

ФИО \_\_\_\_\_

Место жительства \_\_\_\_\_

Контактный телефон \_\_\_\_\_

20 г. \_\_\_\_\_

(подпись)

Информированное согласие принял

(Ф.И.О. полностью, должность)