

BİLGİLENDİRİLMİŞ GENÇ RIZA FORMU

.../.../.... tarihi itibariyle reşit olarak/eğitiminizi tamamlayarak korunma kararınızın kalkması ile bugüne kadar aldığımız sosyal hizmet modeliniz sonlanmıştır.

İstihdam hakkınıza ilişkin değerlendirme yapılabilmesi için, en son hizmet aldığımız ve kütük kaydınızın bulunduğu kuruluş/il müdürlüğüne korunma kararınızın sona erdiği tarihten itibaren **5 (beş yıl)** içerisinde başvuruda bulunmanız gerekmektedir. Hakkınızda alınmış uzatma kararı/himaye oluru varsa uzatma kararının/himaye olurunun sona erdiği tarihten itibaren **5 (beş yıl)** içerisinde başvuruda bulunmanız gerekmektedir.

Bundan sonraki süreçte toplumsal hayata, iş hayatına ve sosyal çevrenize uyumunuzda ihtiyaç duyacağınız durumlarda yanınızda olacağımızı da bilmenizi isteriz. Bu amaçla, Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüklerinden rehberlik alabileceğiniz sosyal çalışma görevlisi görevlendirilmektedir.

Mevzuatımız doğrultusunda, en son ayrılmış olduğunuz kuruluştaki veya koruyucu aile birimdeki sosyal çalışma görevlisi tarafından üçer aylık aralıklarla bir yıl izleme ve değerlendirme süreci ile yeni yaşamınıza destek olunması amaçlanmaktadır. Farklı bir ilde ikamet etmeniz durumunda ise bir yıllık izleme ve değerlendirme süreciniz ikamet edeceğiniz ildeki il müdürlüğüne yürütülecektir.

Özellikle istihdam sürecinizle ilgili iş ve işlemlerde T.C. Kimlik Numarası, adres ve telefon gibi kişisel bilgilerinizin bazı kamu kurum ve kuruluşları ile paylaşılması zorunlu olabilmektedir.

İstihdam hakkı ve başvuru süresi hakkında bilgilendirildim. ()

1 yıl süreyle yapılacak izleme çalışmaları konusunda bilgilendirildim. ()

Kişisel bilgilerimin ihtiyaç duyulması durumunda kamu kurum ve kuruluşları ile paylaşılması konusunda bilgilendirildim. ()

Bakım sonrası rehberlik ve izlemeyi kabul ediyorum. ()

Bakım sonrası rehberlik ve izlemeyi kabul etmiyorum. ()

Kişisel bilgilerimin paylaşılmasına açık rıza veriyorum. ()

Kişisel bilgilerimin paylaşılmasına açık rıza vermiyorum. ()

Bilgilendirme yapılan genç:

Adı-Soyadı:

Telefon:

Adres:

Tarih:

İmza:

Bilgilendirmeyi yapan sosyal çalışma görevlisi:

Adı-Soyadı:

Unvanı:

Görev Yaptığı Yer/Birim:

Tarih:

İmza:

*El yazısı ile Okudum/Anladım ibaresi yazılmalıdır.

Kuruluş Müdürü/İl Müdür Yardımcısı

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: