

**Servei d'Atenció a Homes per la promoció de relacions no violentes (SAH)**  
**Departament d'Atenció i Acol·lida per violència masclista – Drets de Ciutadania, Participació i Transparència**

C/ Garcilaso, 23-27  
08027 Barcelona  
933 491 610  
[sah@bcn.cat](mailto:sah@bcn.cat)  
[www.bcn.cat/canviem-ho](http://www.bcn.cat/canviem-ho)

## **ANNEX 1:**

# **Documentació per accedir al servei**

**Servei d'Atenció a Homes per la promoció de relacions no violentes (SAH)**  
Departament d'Atenció i Acollida per violència masclista – Drets de Ciutadania, Participació i Transparència

C/ Garcilaso, 23-27  
08027 Barcelona  
933 491 610  
[sah@bcn.cat](mailto:sah@bcn.cat)  
[www.bcn.cat/canviem-ho](http://www.bcn.cat/canviem-ho)

## **COMPROMIS DE PARTICIPACIÓ EN EL SERVEI D'ATENCIÓ A HOMES SAH**

A través del present contracte Jo, \_\_\_\_\_, amb document d'identitat (DNI/NIE/Passaport) núm. \_\_\_\_\_,

EM COMPROMETO VOLUNTÀRIAMENT A respectar i mantenir els següents acords:

- 1) Responsabilitzar-me i treballar per a evitar futurs episodis de violència o maltractament, així com els aspectes relacionats amb això.
- 2) Assistir regularment i puntual a les sessions de treball acordades i avisar amb la màxima antelació si no pugués assistir.
- 3) En el supòsit que se m'hagués imposat per sentència o per ordre judicial una condemna, unes mesures de seguretat o mesures cautelars (com per exemple un ordre d'allunyament) em comprometo a complir-les de forma escrupolosa. En cas d'incompliment, resto assabentat que si el personal d'aquest servei en té coneixement, tal i com disposa l'article 262 de la Llei d'Enjudiciament Criminal, estaran obligats a denunciar-ho davant de les autoritats pertinents.
- 4) Assistir a les sessions sobri, mai sota la influència de drogues o alcohol, ja que podria entorpir i dificultar el desenvolupament del meu treball personal i el dels meus companys.
- 5) No fumar, beure o menjar, així com parlar pel mòbil o sortir de la sala sense el permís dels professionals del servei.
- 6) Facilitar als professionals del servei informació fidedigna respecte a la meva situació personal, legal i familiar, així com de donar avís de qualsevol canvi relatiu a les mateixes.
- 7) Facilitar nom, cognoms i telèfon de contacte de la meva companya o ex-companya. Accepto que els professionals del servei quan ho considerin necessari es posaran en contacte amb ella, amb el propòsit d'entendre millor la situació, donar-li informació sobre el servei, conèixer el seu punt de vista i oferir-li ajuda o suport per a ella o els seus fills i filles. Entenc que la participació de la meva companya o ex-companya és voluntària i no implica responsabilitat alguna sobre el tractament.
- 8) Mantenir la confidencialitat de tots els continguts de les sessions grupals (és a dir, no parlar del què expliquin els meus companys amb ningú que no formi part del grup).

Comprenc i accepto es mantindrà la confidencialitat de les sessions, excepte si aquests impliquen algun risc o perill per a la integritat física o psicològica de mi mateix o d'altres persones. En aquest cas els professionals del SAH avaluaran la situació i es posaran en contacte amb les institucions i persones pertinents, si és necessari, informant-me al respecte.

Dono la meva autorització perquè, si els professionals del servei ho estimen convenient, puguin contactar i intercanviar informació relacionada amb la meva problemàtica amb altres professionals que m'estiguin atenent a mi o a altres membres de la meva família (psicòlegs, psiquiatres, serveis socials, etc.) a fi de coordinar l'ajuda que pugués rebre per tal d'evitar situacions de risc.

Entenc que l'incompliment de qualsevol dels punts als quals m'he compromès pot comportar un canvi del tractament, la seva interrupció o l'exclusió del servei.

Accepto el present compromís sota la meva pròpia voluntat i responsabilitat, donant fe d'això a través de la meva signatura:

(Signatura)

Barcelona, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## CONSENTIMENT EN L'ÚS DE LES DADES

D'acord amb la Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de Protecció de dades de Caràcter Personal, us informem que les vostres dades personals s'incorporaran als fitxers:

- Sistema d'Informació d'Acció Social de l'Ajuntament de Barcelona, amb la finalitat de la gestió de les competències pròpies i delegades, d'acord amb la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de Serveis Socials.
- Suport a la no Discriminació i Polítiques d'Igualtat de l'Ajuntament de Barcelona, amb la finalitat de la gestió de les denúncies i sol·licituds d'ajuts respecte de la discriminació, vulneració de drets per tal d'afavorir la no discriminació i integració social de les persones afectades.

Les vostres dades només seran cedides per a la finalitat indicada a Administracions o Ens públics que ho requereixin en ús de les seves competències previstes en una norma amb rang de Llei. Consentiu expressament en el tractament de les vostres dades per a la finalitat indicada.

Podeu exercitar els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, adreçant-vos per escrit al Registre General de l'Ajuntament: Pl. de Sant Jaume, núm. 1 (08002-Barcelona), indicant clarament en l'assumpte "Exercici de dret LOPD".

Barcelona, a        de        de  
Nom i cognoms:  
D.N.I. / N.I.E.:  
Signatura

## PROTOCOL DE DERIVACIÓ AL SAH

**DATA:**

### PROCEDÈNCIA

**Centre que deriva:**

- ☐ SARA
- ☐ PIAD; especifica quin
- ☐ Serveis Socials; especifica quin
- ☐ Serveis Sanitaris; especifica quin
- ☐ Serveis de drogodependència; especifica quin

**Adreça:**

**Professional de referència:**

**Telèfon de contacte:**

**Correu Electrònic:**

### DADES PERSONALS DE LA PERSONA USUÀRIA

**Nom i cognoms:**

**Data de naixement:**

**Lloc de naixement:**

**Adreça actual:**

**Telèfon de contacte:**

**DNI/NIE/Passaport:**

**Situació laboral:**

**Nivells d'estudis:**

**Estat civil actual:**

**Nombre de fills/filles:**

**Entén el català o castellà:** ☐ Sí ☐ No

**DADES DE LA** ☐ **PARELLA** ☐ **EXPARELLA (assenyalar relació actual amb l'usuari)**

**Nom i cognoms:**

**Data de naixement:**

**Telèfon de contacte:**

**Situació laboral:**

**Entén el català o castellà:** ☐ Sí ☐ No

### DADES DELS FILLS I FILLES (omplir si se sol·licita Exploració del Pare conjunta SARA/CSS)

**Nom i cognoms dels fills/es:**

**Data de naixement:**

**Estat:**

**Sexe:**

**Servei d'Atenció a Homes per la promoció de relacions no violentes (SAH)**  
Departament d'Atenció i Acol·lida per violència masclista – Drets de Ciutadania, Participació i Transparència

C/ Garcilaso, 23-27  
08027 Barcelona  
933 491 610  
[sah@bcn.cat](mailto:sah@bcn.cat)  
[www.bcn.cat/canviem-ho](http://www.bcn.cat/canviem-ho)

### TIPUS DE DEMANDA O PROBLEMA EXPRESSAT

### INTERVENCIONS REALITZADES DES DEL SERVEI DERIVANT

|                                                         |                                                |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Atenció social                 | <input type="checkbox"/> Tramitació d'ajudes   |
| <input type="checkbox"/> Atenció psicològica            | <input type="checkbox"/> Contenció i derivació |
| <input type="checkbox"/> Coordinació amb altres serveis | <input type="checkbox"/> Altres                |

***Explica breument la intervenció***

### OBSERVACIONS

Signatura del/la professional

Aquest full cal fer-lo arribar al SAH per correu electrònic al [sah@bcn.cat](mailto:sah@bcn.cat)

Recordeu que la persona interessada ha de fer demanda al servei al telèfon 93.349.16.10 o bé de manera presencial al C/Garcilaso 23-27 baixos (metro La Sagrera). Per qualsevol excepció a aquesta norma especificar-ho a "Observacions" i un professional del SAH es posarà en contacte amb vosaltres.

### GESTIÓ RECEPCIÓ DE DERIVACIÓ

|          |                                    |                       |
|----------|------------------------------------|-----------------------|
| Programa | <input type="checkbox"/> SAH Homes | Tècnic/a responsable: |
|          | <input type="checkbox"/> SAH Pares |                       |
|          | <input type="checkbox"/> SAH Joves |                       |

Coordinacions prèvies:

## SOL·LICITUD D'ATENCIÓ AL SAH

**Data de la sol·licitud:**

**Núm. Sol·licitud:**

**Professional que la rep:**

### CANAL ENTRADA

#### QUI FA LA SOL·LICITUD:

- ☐ Usuari  
☐ Parella i/o ex-parella (nom i cognom):  
☐ Familiars (parentesc, nom i cognom):  
☐ Altres coneguts (relació, nom i cognom):

#### VIA:

- ☐ Telefònica  
☐ Presencial  
☐ E-mail

#### CANAL D'ENTRADA:

- ☐ Per derivació de professionals: ☐ Públic  
☐ Particular  
*Especificar nom i càrrec:*  
*Núm. derivació:*
- ☐ Per iniciativa pròpia
- ☐ Publicitat (Tríptics, Cartells, Banderols...)
  - ☐ Internet (web, canviem-ho)
  - ☐ Coneguts i familiars. Qui:
  - ☐ Telèfon d'informació (110,016...)
  - ☐ Xarxes socials

### DADES PERSONALS DE LA PERSONA USUÀRIA

**Nom i cognoms:**

**Data de naixement:**

**Lloc de naixement:**

**Adreça actual:**

**Població:**

**Telèfon de contacte:**

**Horari contacte:**

**Situació laboral:**

**Nivells d'estudis:**

**Professió:**

**Lloc de treball actual:**

**Estat civil actual:**

**Nombre de fills/illes:**

**Situació legal:** ☐ Permís de treball  
☐ permís residència

**Idioma:** ☐ Català  
☐ Castellà

### DEMANDA D'ATENCIÓ

**Servei d'Atenció a Homes per la promoció de relacions no violentes (SAH)**  
Departament d'Atenció i Acol·lida per violència masclista – Drets de Ciutadania, Participació i Transparència

C/ Garcilaso, 23-27  
08027 Barcelona  
933 491 610  
[sah@bcn.cat](mailto:sah@bcn.cat)  
[www.bcn.cat/canviem-ho](http://www.bcn.cat/canviem-ho)

## OBSERVACIONS DEL PROFESSIONAL DEL SAH QUE REP LA SOL·LICITUD

### GESTIÓ DE LA SOL·LICITUD

**S'ajusta als criteris d'atenció:** ☐ Sí —————> **Programa:** ☐ SAH Homes  
☐ SAH Pares  
☐ SAH Joves

☐ No —————> **Motius:** ☐ No és violència masclista  
☐ No viu ni treballa a Barcelona  
☐ Malaltia mental o toxicomania  
☐ Dificultats lingüístiques

**Observacions**

## SOL·LICITUD D'ATENCIÓ SAH (Parelles i/o exparelles)

Data de la sol·licitud:

Núm. Sol·licitud:

Professional que la rep:

### CANAL ENTRADA

#### QUI FA LA SOL·LICITUD:

- ☐ Parella  
☐ Ex-parella  
☐ Mare

#### VIA:

- ☐ Telefònica  
☐ Presencial  
☐ E-mail

#### CANAL D'ENTRADA:

- ☐ Per derivació de professionals: ☐ Públic  
☐ Particular  
*Especificar nom i càrrec:*  
*Núm. derivació:*
- ☐ Per iniciativa pròpia
- ☐ Publicitat (Tríptics, Cartells, Banderoles...)
  - ☐ Internet (web, canviem-ho)
  - ☐ Coneguts i familiars. Qui:
  - ☐ Telèfon d'informació (110,016...)
  - ☐ Xarxes socials

### DADES PERSONALS DE LA PARELLA I/O EXPARELLA QUE FA LA SOL·LICITUD

Nom i cognoms:

Data de naixement:

Lloc de naixement:

Adreça actual:

Població:

Telèfon de contacte:

Horari contacte:

Situació laboral:

Nivells d'estudis:

Professió:

Lloc de treball actual:

Estat civil actual:

Nombre de fills/filles:

Situació legal: ☐ Permís de treball  
☐ permís residència

Idioma: ☐ Català  
☐ Castellà

**Servei d'Atenció a Homes per la promoció de relacions no violentes (SAH)**  
Departament d'Atenció i Acol·lida per violència masclista – Drets de Ciutadania, Participació i Transparència

C/ Garcilaso, 23-27  
08027 Barcelona  
933 491 610  
[sah@bcn.cat](mailto:sah@bcn.cat)  
[www.bcn.cat/canviem-ho](http://www.bcn.cat/canviem-ho)

### DADES DEL USUARI PEL QUAL REALITZA LA SOL·LICITUD

**Nom i cognoms:**

**Data de naixement:**

**Lloc de naixement:**

**Adreça actual:**

**Població:**

**Telèfon de contacte:**

**Horari contacte:**

### DEMANDA D'ATENCIÓ I OBSERVACIONS PROFESSIONAL QUE REP SOL·LICITUD

#### GESTIÓ DE LA SOL·LICITUD

**S'ajusta als criteris d'atenció:** ☐ Sí —————→ **Programa:** ☐ SAH Homes

☐ SAH Pares

☐ SAH Joves

☐ No —————→ **Motius:** ☐ No és violència masclista

☐ No viu ni treballa a Barcelona

☐ Malaltia mental o toxicomania

☐ Dificultats lingüístiques

**Observacions**

**Es genera sol·licitud per part de l'usuari?**

☐ Sí (en data.....)

☐ No

## REGISTRE INFORMACIÓ PARE/MARE O PERSONA RESPONSABLE SAH JOVES

Nom i Cognoms.....

Nº. Expedient: SAH-BCN: ..... Edat Actual: .....

Tècnic/a: .....

### CONSIDERACIONS PRÈVIES

#### ADOLESCENT MAJOR DE 14 ANYS:

##### 1. Autorització de l'adolescent

- ☐ Sí  
☐ No

##### 2. Adolescent ha comunicat prèviament la situació

- ☐ Sí  
☐ No

##### 3. Situació de violència masclista

- ☐ Greu  
☐ Lleu o moderada

##### 4. Pot empitjorar la situació o ocasionar perjudicis més grans a l'adolescent

- ☐ Sí  
☐ No

#### ADOLESCENT DE 12 i 13 ANYS:

- ☐ Mereix la consideració de *menor competent* i no ens autoritza a fer-ho  
Consideracions que es tracta d'un *menor competent*:  
☐ Pot provocar l'abandonament del servei  
☐ Pot empitjorar la situació o ocasionar perjudicis més grans a l'adolescent.

### COMUNICACIÓ AL PARE/MARE/PERSONA RESPONSABLE

Data de la decisió: ...../...../.....

- ☐ Sí  
☐ No (especificar motius més endavant)

**Servei d'Atenció a Homes per la promoció de relacions no violentes (SAH)**  
**Departament d'Atenció i Acol·lida per violència masclista – Drets de Ciutadania, Participació i Transparència**

C/ Garcilaso, 23-27  
08027 Barcelona  
933 491 610  
[sah@bcn.cat](mailto:sah@bcn.cat)  
[www.bcn.cat/canviem-ho](http://www.bcn.cat/canviem-ho)

## EN CAS DE NO COMUNICACIÓ

**1. Indicis o evidències que han fet valorar que és millor no informar**

**2. Altres professionals o serveis amb qui s'ha consultat la decisió (*explicitar data i persona de contacte*)**

## **SOL·LICITUD D'EXPLORACIÓ INICIAL A L'INFANT/ADOLESCENT**

Jo, \_\_\_\_\_ amb DNI / NIE /Nº  
de passaport \_\_\_\_\_, com a\* \_\_\_\_\_,  
SOL·LICITO al Servei d'Atenció, Recuperació i Acol·lida (SARA) que es faci una  
EXPLORACIÓ INICIAL del meu fill / de la meva filla \_\_\_\_\_ amb l'objectiu de  
fer una valoració diagnòstica inicial que permeti estimar l'existència en l'infant o adolescent  
de malestar, patiment i/o dificultats de caràcter emocional, comportamental o de qualsevol  
altre índole que puguin incidir en la seva relació interpersonal amb les persones adultes i  
amb els i les iguals.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signatura

\* Titular únic de la potestat parental / Cotitular de la potestat parental / Tutor – Tutora