

# ПРАВОСУДИЕ НАЧИНАЕТСЯ С ПРАВДЫ

Форма для фиксации  
и сообщения о  
пытках и других  
нарушениях прав  
человека во время  
акций протеста



**irct**

International Rehabilitation  
Council for Torture Victims

**ifeg**

independent  
forensic  
expert group

---

## Инструкция по заполнению

— Эта форма была создана для использования всеми жертвами и свидетелями пыток и других нарушений прав человека во время акций протеста, при аресте и задержании.

— Эта форма предназначена для того, чтобы помочь вам сообщить о том, что с вами произошло, и зафиксировать любые доказательства физического ущерба.

— Если вы хотите подать официальную жалобу, эта форма поможет вам зафиксировать то, что с вами произошло, и ваши травмы. Тем не менее, консультация адвоката все же рекомендуется.

— В этой форме не запрашивается вся информация, необходимая для подачи официальной жалобы, например, личности свидетеля или нарушителя.



Вы можете идентифицировать себя или заполнить эту форму анонимно. Если вы решите внести данные по идентификации личности (раздел А части Общая информация), вы должны знать о любых юридических последствиях этого, в том числе о потенциальном уличении себя в участии в незаконном протесте. Если вы не уверены в последствиях своей идентификации, вам следует проконсультироваться с адвокатом.

# 00 ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

## А. ИДЕНТИФИКАЦИЯ ЛИЧНОСТИ

*(Необязательно  
заполнять.)*

*Не заполняйте  
этот раздел, если  
хотите сохранить  
анонимность)*

1. Имя: \_\_\_\_\_

2. Дата рождения (дд/мм/гггг): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

3. Контактная информация:

e-mail \_\_\_\_\_ тел. \_\_\_\_\_

## В. ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

1. Дата заполнения (дд/мм/гггг): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

2. Пол:  Мужской  Женский

3. Профессия: \_\_\_\_\_

## С. Я СООБЩАЮ О НАРУШЕНИИ ПРАВ ЧЕЛОВЕКА В КАЧЕСТВЕ:

Жертвы  Свидетеля

## Д. ГДЕ ПРОИЗОШЕЛ ИНЦИДЕНТ

*(отметьте все  
подходящие пункты)*

Место протеста *(заполните Раздел 01)*

Место задержания (автомобиль для перевозки задержанных, РУВД и т. п.) *(заполните Раздел 02)*

## Е. Получили ли вы ТРАВМЫ во время инцидента?

ДА  НЕТ *(если ДА, заполните Раздел 03)*



**1. (продолжение)**

**Пожалуйста, опишите подробно ЧТО ПРОИЗОШЛО С ВАМИ – когда, где, что, как и кто это сделал?**

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ:**

■ Пожалуйста, вспомните все до мельчайших деталей и опишите нарушения, участником или свидетелем которых вы стали. Чем больше подробностей, тем лучше, включая время, дату, место и что происходило в это время.

■ Если вы получили травму, расскажите, пожалуйста, что происходило в это время и в каком положении вы были в момент получения травмы?

Вы обращались за помощью? Вы лечились после этого?

■ Если это поможет, вы можете рассказать о том, что произошло с вами кому-то, кому доверяете, и попросить их сделать записи вместо вас.

**b. Произошло с вами (продолжение)**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**c. Отметьте все подходящие пункты**

- Избиение     Травма головы     Использов-е служеб. собак     Надевание наручников
- Попадание травматическими боеприпасами (например, резиновыми пулями)     стрельба боевыми патронами
- Таскание по земле     Применение водометов     Воздействие электрическим током
- Нанесение колотых ран     Воздействие химическими веществами (напр. перечный газ)
- Помещение в болезненное физическое положение (напр. длительное сидение на корточках или на коленях)
- Принуждение лечь на землю     Угрозы     Унижение     Заламывание
- Другое (укажите что именно): \_\_\_\_\_

**КТО СДЕЛАЛ ЭТО (отметьте все подходящие пункты)**

- Милиция     ОМОН     Сотрудники в штатском     Военный
- Не знаю/Не уверен(-а)     Другие (укажите кто именно): \_\_\_\_\_

## 2. Вы получили ТРАВМЫ?

ДА  НЕТ

**Если ДА, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:**

**а. Были ли у вас или есть какие-либо видимые травмы?** (напр. синяки, порезы, царапины, отеки)  ДА  НЕТ

*Если Да, пожалуйста, кратко опишите их здесь и заполните Раздел 03:*

-----

-----

-----

**б. Испытывали ли вы или испытываете какие-либо другие физические боли или дискомфорт?** (напр., вывих лодыжки, растяжение запястья или головная боль)  ДА  НЕТ

*Если Да, пожалуйста, укажите что именно:* \_\_\_\_\_

-----

-----

**в. Есть ли что-то, что вы не можете сделать сейчас из-за вашей травмы?** (напр. сидеть, лежать, поднимать руку, писать и др.)  ДА  НЕТ

*Если Да, пожалуйста, укажите что именно:* \_\_\_\_\_

-----

-----

## 3. ОСМАТРИВАЛ ЛИ ВАС ВРАЧ после описанного вами инцидента?

ДА  НЕТ **Если ДА, пожалуйста, укажите дополнительную информацию**

### КОГДА

Дата (дд/мм/гггг): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_      Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

### ГДЕ

Город: \_\_\_\_\_ Адрес или название учреждения: \_\_\_\_\_

У вас есть копия медицинского заключения (-ий)?  ДА  НЕТ

Сфотографировали ли ваши травмы во время осмотра?  ДА  НЕТ

# 02 СОДЕРЖАНИЕ ПОД СТРАЖЕЙ

## 1.

### Укажите место содержания под стражей

*(если вас содержали под стражей в нескольких местах, укажите подробную информацию о каждом месте содержания под стражей)*

### 1-Е МЕСТО СОДЕРЖАНИЯ ПОД СТРАЖЕЙ

#### КОГДА

с Дата (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

по Дата (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### ГДЕ

Город \_\_\_\_\_ Адрес или название учреждения \_\_\_\_\_

### 2-Е МЕСТО СОДЕРЖАНИЯ ПОД СТРАЖЕЙ

#### КОГДА

с Дата (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

по Дата (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### ГДЕ

Город \_\_\_\_\_ Адрес или название учреждения \_\_\_\_\_

### 3-Е МЕСТО СОДЕРЖАНИЯ ПОД СТРАЖЕЙ

#### КОГДА

с Дата (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

по Дата (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### ГДЕ

Город \_\_\_\_\_ Адрес или название учреждения \_\_\_\_\_

### 4-Е МЕСТО СОДЕРЖАНИЯ ПОД СТРАЖЕЙ

#### КОГДА

с Дата (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

по Дата (dd/mm/yyyy): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### ГДЕ

Город \_\_\_\_\_ Адрес или название учреждения \_\_\_\_\_





**2. (продолжение)**

**Пожалуйста, опишите подробно ЧТО ПРОИЗОШЛО С ВАМИ – когда, где, что, как и кто это сделал?**

**ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ:**

■ *Пожалуйста, вспомните все до мельчайших деталей и опишите нарушения, участником или свидетелем которых вы стали. Чем больше подробностей, тем лучше, включая время, дату, место и что происходило в это время.*

■ *Если вы получили травму, расскажите, пожалуйста, что происходило в это время и в каком положении вы были в момент получения травмы?*

*Вы обращались за помощью? Вы лечились после этого?*

■ *Если это поможет, вы можете рассказать о том, что произошло с вами кому-то, кому доверяете, и попросить их сделать записи вместо вас.*

**a. Произошло с вами (продолжение)**

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

**b. Отметьте все подходящие пункты**

- Избиение     Травма головы     Удары по ступням     Подвешивание
- Ожоги     Воздействие эл. током     Удушение     Заламывание
- Помещение в болезненное физическое положение (напр. длительное сидение на корточках или на коленях)     Угрозы
- Воздействие хим. веществами     Сексуальное насилие (напр. принуждение быть голым (-ой))     Изоляция
- Нанесение колотых ран     Унижение     Неудовлетворение базовых потребностей (напр. вода, туалет)
- Плохие условия содержания     Отсутствие мед. помощи     Наблюдение (в т.ч. на слух) насилия над другими
- Принуждение к причинению вреда другим     Подвержение экстремальным температурам
- Лишение сна     Другое (укажите что именно): \_\_\_\_\_

**КТО СДЕЛАЛ ЭТО (отметьте все подходящие пункты)**

- Милиция     ОМОН     Сотрудники в штатском     Военный
- Не знаю/Не уверен(-а)     Другие (укажите кто именно): \_\_\_\_\_

### 3. Вы получили ТРАВМЫ?

ДА       НЕТ

**Если ДА, пожалуйста, ответьте на следующие вопросы:**

**а. Были ли у вас или есть какие-либо видимые травмы?** (напр. синяки, порезы, царапины, отеки)  ДА       НЕТ

*Если Да, пожалуйста, кратко опишите их здесь и заполните Раздел 03:*

-----  
-----  
-----  
-----

**б. Испытывали ли вы или испытываете какие-либо другие физические боли или дискомфорт?** (напр., вывих лодыжки, растяжение запястья или головная боль)  ДА       НЕТ

*Если Да, пожалуйста, укажите что именно:* \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----

**с. Есть ли что-то, что вы не можете сделать сейчас из-за вашей травмы?** (напр. сидеть, лежать, поднимать руку, писать и др.)  ДА       НЕТ

*Если Да, пожалуйста, укажите что именно:* \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----

**д. Были ли вы лишены необходимого медицинского обслуживания?** (напр. вам не разрешили принимать лекарства или лечить травмы?)  ДА       НЕТ

*Если Да, пожалуйста, укажите что именно:* \_\_\_\_\_

-----  
-----  
-----

**4.****Доступ к ВРАЧУ/  
МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ:**

Осматривал ли вас врач во время содержания под стражей?  ДА  НЕТ

*Если НЕТ, обращались ли вы с просьбой о медицинской помощи после описанного вами насилия?*

ДА, к кому: \_\_\_\_\_  НЕТ

*Если ДА,*

**a. Когда** (отметьте все подходящие пункты)

При задержании  После допроса  Перед помещением в камеру

В суде  При освобождении  При переводе в другое учреждение

Другое (укажите, когда именно): \_\_\_\_\_

**b. Проводился ли осмотр после описанного вами насилия?**  ДА  НЕТ

**c. Также ответьте, пожалуйста, на следующие вопросы:**

**i.** Где проходил осмотр: \_\_\_\_\_

**ii.** Через какое время после задержания это произошло: \_\_\_\_\_

**iii.** Как долго длился осмотр: \_\_\_\_\_

**iv.** Об осмотре просили вы или кто-то другой:

Я  Кто-то другой (укажите кто): \_\_\_\_\_

**v.** Вы добровольно дали свое согласие на этот осмотр:

ДА  НЕТ, почему нет: \_\_\_\_\_

**vi.** Осмотр проводился наедине (без присутствия других людей или возможности слышать другими людьми):

ДА  НЕТ (укажите детали): \_\_\_\_\_

**vii.** Вы рассказывали врачу о том, как с вами обращались или оскорбляли?

ДА  НЕТ, почему нет: \_\_\_\_\_

**viii.** Вы смогли ознакомиться с медицинским заключением?  ДА  НЕТ

**ix.** Во время медицинского обследования я был(-а):

Полностью раздет(-а)  Частично раздет(-а)  Полностью одет(-а)  
(т.е. не просили раздеваться)

**5.****Направление на  
СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЕ  
ОСВИДЕТЕЛЬСТВОВАНИЕ:**

Вас направили на освидетельствование судебно-медицинским экспертом?  ДА  НЕТ **Если ДА, куда:**

Город: \_\_\_\_\_ Адрес или название учреждения: \_\_\_\_\_

**6.****Другие связанные с этим ЮРИДИЧЕСКИЕ ПРАВА И ГАРАНТИИ****I. РАССЛЕДОВАНИЕ**

a. Сообщали ли вы еще кому-нибудь о насилии?  ДА  НЕТ

Если ДА:

КОГДА \_\_\_\_\_

КОМУ  Адвокату  Полиции  Военным  Прокурору  Судье

Персоналу суда  Персоналу исправительного учреждения

Другое (укажите кому): \_\_\_\_\_

b. Предприняли ли они какие-либо действия на основании того, что вы им сказали?  ДА  НЕТ

Если ДА, пожалуйста, укажите какие именно: \_\_\_\_\_

**II. ПРАВА ОБВИНЯЕМЫХ**

a. Были ли вы проинформированы о предъявленных вам обвинениях?

ДА, когда: \_\_\_\_\_  НЕТ

b. Были ли вы проинформированы о ваших правах?

ДА, когда: \_\_\_\_\_  НЕТ

Если ДА, подписывали ли вы и поняли ли какие-либо документы, связанные с этим?  ДА  НЕТ

c. Вам разрешили связаться с семьей?

ДА, когда: \_\_\_\_\_  НЕТ

d. Вам разрешили связаться с вашим адвокатом или вам был предоставлен доступ к адвокату?

ДА, когда: \_\_\_\_\_  НЕТ

**III. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАДЕРЖАНИЯ**

a. Как долго вы находились под стражей до допроса:

\_\_\_\_\_

b. Сколько времени вы провели под стражей до направления к прокурору:

\_\_\_\_\_

c. Сколько времени вы провели под стражей до встречи с судьей:

\_\_\_\_\_

d. Когда вы были освобождены из-под стражи?

Дата (дд/мм/гггг): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_





**2.****Есть ли  
ФОТОГРАФИЯ(-И)  
травмы?**

- *Вы можете предоставить/прикрепить фотографию(-и).*
- *Если вы хотите сделать фотографии, вот несколько советов:*
  - *Сделайте несколько фотографий каждой травмы с разными ракурсами - чем больше фотографий, тем лучше.*
  - *Сначала сделайте снимок всего тела, чтобы мы могли увидеть картину травм.*
  - *Потом сделайте фотографии на среднем расстоянии, чтобы можно было увидеть вашу травму и ту часть тела, где она находится.*
  - *Наконец, сделайте фотографии каждой травмы крупным планом.*
  - *Пожалуйста, сделайте фотографии с линейкой или обычным предметом, таким как монета или ручка, рядом с вашей травмой, чтобы мы могли определить ее размер.*
  - *Запишите дату и время, когда вы сделали фотографии*
  - *По возможности делайте снимки при естественном освещении.*

*У вас есть ФОТОГРАФИИ ваших травм?*  ДА  НЕТ

*Если ДА, то кто сделал ФОТОГРАФИИ ваших травм?*

Фотографировал(-а) самостоятельно  Фотографировал кто-то другой

*Пожалуйста, предоставьте дополнительную информацию:*

**КОГДА**

Дата (дд/мм/гггг): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_      Время (формат 00:00-23:59): \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Фотографии отправлены?**

ДА, укажите количество фотографий: \_\_\_\_\_  НЕТ

*Другие примечания:*

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----



**irct**

International Rehabilitation  
Council for Torture Victims

**ifeg**

independent  
forensic  
expert group