

טופס הפניה לתוכנית נתיבים להורות

1. יש למלא את טופס הפניה המצ"ב בצורה הכי מפורטת שאפשר.
2. נא להפנות את המשפחות רק לאחר שיש הסכמה של 2 בני הזוג.
3. במידה וההורים גרושים והילדים גם מופנים לטיפול, יש לדאוג להבאת טופס הסכמה לטיפול חתום על ידי ההורה השני.

תאריך: _____ שם ממלא הטופס: _____

תפקיד: _____ טלפון ליצירת קשר: _____

פרטי/ את סיבת ההפניה לתוכנית (נא התייחס לסוגיות כמו קשר זוגי, קשר הורה- ילד, השגחה הורית, מערכות תמיכה, טראומות ואירועים משמעותיים):

האם המשפחה מוכרת ברווחה?

פרטים אודות המשפחה

פרטים	הורה 1	הורה 2
שם מלא		
מס' תעודת זהות		
ארץ לידה		
עיסוק		
השכלה		
מצב משפחתי		
מצב בריאותי		
טלפון		

פרטי הילדים:

שם הילד	תאריך לידה	מסגרת חינוכית	מסגרת אחה"צ	קשר טיפולי (נוסף לעו"ס המשפחה) מי וממתי

עם מי גרים הילדים ?

אבחונים רשמיים של הילדים (נא לצרף אבחונים + דו"ח ממסגרות החינוך)

שם הילד	סוג האבחון	הגורם המאבחן	תאריך האבחון	טיפול תרופתי, פרטי/

במידת הצורך פרטי: _____ :

הילד ותפקודו

שם הילד: _____
תפקוד חברתי: _____

תפקוד רגשי: _____

התנהגות כללית:

התנהגות במסגרת החינוך:

הישגים ומיומנויות לימודיות:

עצמאות בביצוע מטלות:

אחר:

היסטוריה טיפולית

האם ההורים היו בטיפול בעבר? כן/לא הורה 1/הורה 2

איפה? _____ מתי _____

האם אחד הילדים היה בטיפול בעבר? כן/לא שמות הילדים _____

איפה ומתי _____

קשר טיפולי של אחד מבני המשפחה בהווה _____

האם לגבי אחד הילדים או יותר קיים כיום/בעבר אירוע או חשד לפגיעה פיזית \ מינית על-ידי הוריו או אחר? כן/לא.

פרטי האירוע/ החשד, תאריך, פעולות שהתבצעו, ממצאים והתערבות חוקית/טיפולית:

האם קיימת כיום התערבות חוק הנוער? כן/לא פרטי :

מהם מוקדי הטיפול הרצויים לדעתך למשפחה?

רמת המוטיבציה של הורה 1 לטיפול בתוכנית: גבוהה בינונית נמוכה

רמת המוטיבציה של הורה 2 לטיפול בתוכנית: גבוהה בינונית נמוכה

חתימת הגורם המפנה: _____



עיריית יקנעם
YOQNEAM MUNICIPALITY

**האגף
לשרותים חברתיים**

לכבוד

מרכז נתיבים להורות

הנדון: ויתור על סדיות לבקשת ו/או מסירת מידע

אני _____ החתום מטה ת.ז. _____,

כתובת _____.

() נותן את הסכמתי למסור למטפל _____ המטפל במסגרת תוכנית "נתיבים

להורות" מידע המצוי ברשותכם אודותי/ ואו אודות _____.

() נותן את הסכמתי למטפל/ת _____ במסגרת התוכנית "נתיבים להורות"

להעביר ל _____ מידע אודותיי/ואו אודות _____.

לצורך _____.

ידוע לי כי העברת המידע מיועדת לשם טיפול בי/במשפחתי ולא תהיינה לי כל טענות או תביעות

מסוג כלשהו בקשר להעברת המידע האמור.

אני מאשר/ת בזה כי הוסכר לי במפורש על מה אני חותם ולשם איוה מטרה.

שם החותם: _____ מ"ז: _____

חתימה: _____

תאריך: _____

מרכז תלתן רחוב אלונים 3, יוקנעם עילית טלפון: 04-9596030, 04-9596015

פקס: 04-9596707

תאריך _____

מרכז תלתן

הסכמה לטיפול

אני _____ ת.ז. _____ נותנת בזאת
את הסכמתי לטיפול בילדי _____ במסגרת תכנית "נתיבים
להורות".
הטיפול יתקיים במרכז תלתן ברחוב אלונים 3 יוקנעם עלית.

חתימה: _____

מרכז תלתן האלונים 3 יוקנעם עלית טלמון: 04-9596030, 04-9596015

פקס: 0495996707