**להחזיר עד ל-1.10.14**

**‏08/09/2014**

**ירושלים- טיפול פרטני.**

**נא להחזיר במעטפת החזר עד ל-1/10/2014-עדיף בדוא"ל-**[agudaims@netvision.net.il](mailto:agudaims@netvision.net.il) **או בפקס- 03-5377004**

הנידון: **טופס רישום אוניברסיטת ירושלים - טיפול פרטני בבית החברים/ות ע"י סטודנטים/יות   
 בהנחית עובד סוציאלי מוסמך - נובמבר 2014 עד יוני 2015**

**חובה למלא את כל הפרטים :**

שם פרטי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, שם משפחה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
טל בבית\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל נייד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דוא"ל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חופשיה □ כיסא גלגלים □ מקל □ הליכון □ מטפל/ת □ עזרה מבן/ת זוג □  
עזרה מבני משפחה □ משתתף/ת בקב' התמיכה של האגודה □

קבוצת תמיכה: ירושלים ותיקים □ ירושלים צעירים □

אחוזי נכות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

1. **סמסטר א'** - 11-12 -מפגשים - בחודשים נובמבר ודצמבר וינואר □
2. **סמסטר ב'** - 11-12 -מפגשים- בחודשים מרץ עד יוני 2014 □
3. **סמסטר א'+ ב'**- 24 מפגשים - מי שמעוניין יוכל לקבל פגישות בכול התקופה (ששה חודשים) □
4. **הימים שנוחים לי: ראשון** □ **שני** □ **שלישי** □ **רביעי** □ **חמישי** □

**שעות הנוחות לי- אנא צייני שתי אפשרויות:**

□ 10:00 – 10:45

□ 11:00 – 11:45

□ 12:00 – 12:45

□ 13:00 – 13:45

□ 14:00 – 14:45

**אני מתחיבת לקבל טיפול פרטני מסטודנטים/יות בעלת ניסיון בהנחית מנחה מוסמכת בביתי.**

**אורך הטיפול: 45 דקות.**

תאריך \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ . חתימה\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

21965