‏‏‏

**נא להחזיר עדיף בדוא"ל-**[agudaims@netvision.net.il](mailto:agudaims@netvision.net.il) **או בפקס- 03-5377004**

**טופס רישום לטיפול פרטני עם עובדת סוציאלית**

**במשרדי האגודה ברחוב חומה ומגדל 16, תל אביב**

**חובה למלא את כל הפרטים :**

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

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

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

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

שם קבוצת התמיכה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אחוזי נכות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_%

**טיפול פרטני במשרדי האגודה**

**טיפול פרטני טלפוני**

**הימים שנוחים לי:** □ **ראשון** □ **שני** □ **שלישי**

□ **רביעי** □ **חמישי**

**השעות שנוחות לי לשוחח טלפונית:**

□ 11:00-11:15

□ 11:15-11:30

□ 11:30-11:45

□ 11:45-12:00

**הימים והשעות שנוחים לי – נא לציין שתי אפשרויות:**

**הימים שנוחים לי:** □ **ראשון** □ **שני** □ **שלישי**

□ **רביעי** □ **חמישי**

□ 12:00-12:15

□ 12:15-12:30

□ 12:30-12:45

□ 12:45-13:00

**השעות שנוחות לי:**

□ 13:00 – 13:45

□ 14:00 – 14:45

**אני מעוניין/ת לקבל טיפול פרטני מעובדת סוציאלית:**

□ אחת לשבוע □ אחת לשבועיים

**אורך הטיפול: 45 דקות.**

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

29747