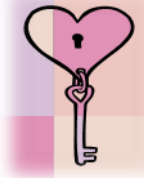


### חוזה הורים לקבוצת מיומנויות חברתיות:

- קבוצת המיומנויות החברתיות מתאימה לילדים אשר:
    1. יש להם המלצה של גורם מקצועי מוסמך להשתתפות בקבוצה.
    2. יש להם המלצה של צוות הגן או בית הספר לחיזוק מיומנויות אלו.
    3. ההורים פונים באופן עצמאי בשל רצונם לחזק תחומים אלו אצל הילד (מותנה בשיחה מקדימה עם מפעילת הקבוצה באשר למידת התאמתו של הילד לתוכנית).
  - מתכונת הקבוצה תכלול 16 מפגשים שבועיים, כולל פגישת הורים ראשונית ופגישה פרטנית נוספת.
  - הקבוצה מתקיימת אחת לשבוע ביום ובשעה שנקבעו מראש ולמשך 50 דקות.
  - בסוף הפגישה ולמשך כ- 10 דקות יינתן דיווח להורים על המפגש ויהיה ניתן לשאול בקצרה.
  - במקרה של שינוי יום (בעקבות חגים או ימים טובים) יודיעו מראש על תאריך חלופי.
  - **חשוב לשמור על הגעה בזמן שנקבע ועל רצף בהגעה לשם השגת יעדי הקבוצה.**
  - הגעת הילד לטיפול בזמן והחזרתו הביתה בסיום הקבוצה הינה באחריות ההורים בלבד!
  - הטיפולים מתבצעים בתוך המרכז הטיפולי מפת"ח (קרני /קדומים).
  - באחריות ההורים להיות בקשר רצוף עם המטפלת ולהגיע למפגשי ההדרכה בתאום עם המטפלת.
  - הקבוצה אינה טיפול פרטני. במידה ויש צורך בהתייחסות טיפולית פרטנית יש לפנות בדרכים המקובלות.
  - התשלום הינו עבור כל הפגישות מראש, במידה וילד יעדר מפגישה, לא יוחזר התשלום.
  - תשלום עבור הקבוצה: 80 ₪ לפגישה סך הכל 1280₪ לכל התהליך הקבוצתי.
  - דרישה להחזרים מקופות החולים עבור טיפולים תיעשה על ידי ההורים בלבד ובאחריותם.
  - לצורך הבטחת מקום בקבוצה יש לשלוח למשרד מפת"ח בקרני שומרון:
    1. המלצות מגורמים טיפוליים/חינוכיים לצורך בהשתתפות בקבוצה.
    2. להסדיר אמצעי תשלום באמצעות חתימה על הוראת הקבע הנמצאת באתר האינטרנט.
- בהצלחה!**  
רבקה אילוביץ', מנהלת מפת"ח והצוות.

הריני מתחייב/ת כי קראתי בעיון את החוזה ואני מסכים/מסכימה לנאמר בו: תאריך: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_ שם האם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_



## פרטים עבור קבוצת מיומנויות חברתיות

תאריך מילוי השאלון: \_\_\_\_\_  
 שם הילד/ה: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
 תאריך לידה (לועזי): \_\_\_\_\_ גיל: \_\_\_\_\_ מקום הילד במשפחה: \_\_\_\_\_ (מתוך \_\_\_\_\_ ילדים)  
 כתובת בית (מלאה): \_\_\_\_\_ טל' בית: \_\_\_\_\_  
 דוא"ל: \_\_\_\_\_

יש לצרף עותק של אבחונים שנערכו בעבר או של סיכומי טיפול רלוונטיים, המלצה של צוות חינוכי לצורך בקבוצה	שם האב: _____ נייד: _____ שם האם: _____ נייד: _____
	שם הגן _____ שם הגננת: _____ טלפון: _____
	סיבת הפניה לקבוצה: _____
	_____
	האם טופל/ה בעבר או מטופל/ת כיום, באיזה תחום? _____

באיזו מסגרת? \_\_\_\_\_ מתי? \_\_\_\_\_ שם המטפל/ת: \_\_\_\_\_  
 האם עבר/ה אבחון כלשהו בעבר: \_\_\_\_\_ מתי ובאיזו מסגרת: \_\_\_\_\_  
גורמים המאפשרים את תפקודו של הילד (עוצמות):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

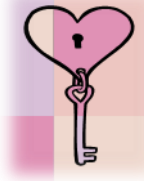
גורמים המעכבים את תפקודו של הילד (חולשות/קשיים):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

אם לילד/ה יש הרגלים או התנהגויות הראויות לציון: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



הערות נוספות (ניתוח כפתורים, טיפולים שונים שקיבל בעבר, אירועים משמעותיים שעשויים להשפיע על התפקוד):

---



---

מהן הציפיות שלכם מהקבוצה:

---



---

שם ממלא השאלון: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**הסכמה לטיפול במרכז הטיפולי מפת"ח**

אנו הורי הילד/ה \_\_\_\_\_ מאשרים לצוות הטיפולי במפת"ח לטפל בילד/ה, למסור ולקבל מידע מהצוות החינוכי לצורך קידום העבודה הקבוצתית עם הילד/ה. בחתימתנו להלן יש לראות ויתור על סודיות לצרכים הטיפוליים בלבד ולקידום הטיפול של ילדי.

הערות: \_\_\_\_\_

שם האם: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

שם האב: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_