‏‏ תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**לכבוד**

**מנהלת המרכז הטיפולי**

**טופס בקשה להתערבות קבוצתית בעקבות משבר הקורונה**

**פרטי איש הקשר מגיש הבקשה**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם מלא** | **תפקיד** | **טל' ישיר/ נייד** | **דוא"ל** |
|  |  |  |  |

**פרטים אודות המסגרת מבקשת ההתערבות**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם המסגרת** | **כתובת מלאה** | **מחוז** | **שם המפקח** |
|  |  |  |  |

**פרטי הבקשה**

**צוות**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **מהות המסגרת** | **מטרת ההתערבות**  יש לסמן | **מסגרת**  יש לסמן | **מוגבלות עיקרית של מקבלי השירות במסגרת**  יש לסמן | **מס' מקבלי השירות במסגרת** | **גילאי מקבלי השירות במסגרת**  נא ציינו טווח גילאים |
|  | התערבות לצוות בכיר  התערבות תמיכה, העשרה לצוות  אחר (פרט) | קהילה/  דיור | מוגבלות שכלית התפתחותית,  רצף האוטיסטי,  מוגבלות מוטורית, ליקויי ראיה/ עיוורון  ליקוי שמיעה/ חרשות |  |  |

**אנשים עם מוגבלות**

**(** בעדיפות לאנשים המתגוררים בקהילה ואינם מקבלים טיפול במסגרות הרווחה )

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| פרטי האדם המופנה להתערבות. במידה ומדובר באדם לו יש אפוטרופוס, יש לצרף גם את פרטי האפוטרופוס ואת אישורו. | | | פרטי עו"ס מפנה: | | | סיבת הפנייה\* |
| שם מלא | כתובת | טלפון | שם מלא | טל+ דוא"ל | מש"ח |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**פנייה לטיפול פרטני** במידת הצורך להפניה לטיפול פרטני, יש לנמק את הבקשה הפניות יאושרו בהתאם למשאבים הקיימים ובאישור מנהלת התחום תוך התייעצות עם הפיקוח המחוזי.

**דגשים ציפיות והערות הגורם המבקש**: ( יש לציין נקודות מרכזיות הדורשות התייחסות עבור הקבוצה אודותיה התבקשה ההתערבות מבחינת השלכות משבר הקורונה ( (רצף בידודים, מחלת צוות/ מקבלי שירות/ פטירת מקבלי שירות/ צוות/ בני משפחה של צוות או של מקבלי השירות ועוד),

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**בקשות מיוחדות לצרכי העברת הסדנאות:**

פרונטאלי/ מקוון (יש לפרט מדוע מתבקש מקוון):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מועד ביצוע המפגשים: בוקר/ אחה"צ

הערות מיוחדות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**מס' הקבוצות המבוקשות במסגרת:**

צוות: עד 20 משתתפים בקבוצה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לחניכים /דיירים ( עד 12 משתתפים בקבוצה):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**התחייבות מנהל המסגרת:**

יש להוסיף חתימת מנהל המסגרת לעמידה בהתחייבות לשיתוף פעולה מלא עם המרכז הטיפולי.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם מלא | חתימה | תאריך |
|  |  |  |

**החלטה בדבר אישור/ דחיית הבקשה תתקבל ישירות מהמרכז הטיפולי**