



## תאריך:

השאלון שלפניכם נועד להבהיר את פנייתכם, השאלון והפרטים שבו ישמרו בסודיות, מענה יינתן עד שבועיים מיום קבלת הפנייה במרכז.

- [illegible]

12. הערות:

---

---

---

13. סיבת הפנייה:

---

---

---

14. האם יש רקע ידוע לקושי כיום:

---

---

---

15. מה הציפייה מפנייה זו:

---

---

---

16. האם יש מידע נוסף שחשוב לך שנדע:

---

---

---

17. מה ניסית לעשות עד כה כדי להתמודד עם הנושא:

---

---

---

18. מה יהיה הסימן שלך שהקושי מאחוריד:

---

---

---

**במידה והמופנה הוא קטין, נשמח אם תמלאו גם פרטים אלו:**

19. התנהגות בבית:

---

---

---

20. התנהגות במסגרות מחוץ לבית:

---

---

---

21. יחסים חברתיים מחוץ לבית :

---

---

---

22. הישגים לימודיים :

---

---

---

23. אירועים מיוחדים או טראומטים שקרו לילד או למשפחה :

---

---

---

24. האם יש קשיי למידה :

---

---

---

25. האם נערכו אבחונים, אם כן אלו ומתי ?

---

---

---

26. האם יש בעיות סביב אכילה, שינה?

---

---

---

27. האם יש הסכמה בין ההורים על גישה חינוכית?

---

---

---

את השאלון יש למלא ולהחזיר אלינו לפקס: 02-5848623 או למייל:

[gvanim@binyamin.org.il](mailto:gvanim@binyamin.org.il)

מספר הטלפון של המרכז: 02-5848600

כדי לאפשר את הצלחת הטיפול, אנו מבקשים :

- א. להופיע לטיפול במועד ובזמן שנקבעו, איחור יקוזז מזמן הטיפול.
  - ב. להודיע על ביטול לפחות 24 שעות לפני מועד הטיפול.
  - ג. העדרות מטיפול ללא הודעה מוקדמת תחייב בתשלום מלא עבור אותו טיפול.
  - ד. להשאיר פרטי אשראי לחיוב אחת לחודשות שלום במזומן 4 טיפולים מראש.
  - ה. במידה ולא יתקיימו חלק מהטיפולים בשל העדרות המטפל או לחילופין לאחר הודעה בזמן מצידנו, התשלום יעבור כזכות לחודש הבא.
  - ו. בטיפול בילדים אנו נוהגים לקיים מפגש ראשון עם ההורים ומפגשי הדרכה בהמשך לפי הצורך.
- כל מפגש עם ההורים כרוך בתשלום בתעריף של פגישה רגילה.

\_\_\_\_\_ חתימה :

\_\_\_\_\_ תאריך :

תודה על מילוי השאלון, אי"ה נשתדל להיות עמכם בקשר בהקדם.

## הוראה לחיוב בכרטיס אשראי

- העברה של הטופס לטיפול ושיבוץ למטפל תתקיים רק לאחר קבלת פרטי אשראי.
- עם התחלת הטיפולים תחויבו אחת לחודש עבור הטיפולים של חודש קודם.

אני הח"מ  
שם בעל כרטיס האשראי  
מס' ת"ז  
טל נייד

כתובת: \_\_\_\_\_  
 רחוב \_\_\_\_\_  
 ישוב \_\_\_\_\_  
 מיקוד \_\_\_\_\_

נותן בזה למועצה אזורית מטה בנימין לחייב את כרטיס האשראי

[illegible]

בגין תשלום עבור \_\_\_\_\_ במרכז גוונים.  
סה"כ לתשלום \_\_\_\_\_ ב \_\_\_\_\_ תשלומים שווים.

מועצה אזורית מטה בנימין מתחייבת שלא למסור פרטי הכרטיס לאף גורם אחר, ללא הסכמתי בכתב לכך.

**במידה שפרטים אלו לא מגיעים ליעדם, נא להחזירו אלינו! תודה**

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

לשימוש המשרד :  
נא לזכות ס.ת. : 1348