



Karta zgłoszenia do Programu Wsparcia Psychologicznego

I. Dane identyfikacyjne Uczestnika

Imię i Nazwisko

Data urodzenia.....

Adres zamieszkania

ul.....nr.....

Miejscowość.....

Telefon kontaktowy.....

Adres e-mail (opcjonalnie)

☐ Oświadczam, że zamieszkuję na terenie Gminy Miejskiej Ciechanów

II. Dane przedstawiciela ustawowego (dotyczy osób niepełnoletnich)

Imię i Nazwisko.....

Adres zamieszkania

ul.....nr.....

Miejscowość.....

Telefon kontaktowy.....

☐ Oświadczam, że jestem przedstawicielem ustawowym osoby zgłaszanej

☐ Wyrażam zgodę na udział osoby niepełnoletniej w Programie

III. Kryteria kwalifikacyjne- wytyczne uczestnictwa (zaznaczenie wszystkich pól jest warunkiem rozpatrzenia zgłoszenia)

☐ Doświadczam trudności emocjonalnych lub przejściowego kryzysu psychicznego

☐ Nie korzystam obecnie z długoterminowej psychoterapii finansowanej ze środków publicznych lub prywatnych

Przyjmuję do wiadomości, że Program nie jest przeznaczony dla osób:

- z ciężkimi i przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi
- wymagającej intensywnej psychoterapii długoterminowej
- pozostających pod wpływem alkoholu lub środków psychoaktywnych podczas udziału w Programie

IV. Informacje pomocnicze dotyczące zgłoszenia, główna przyczyna

.....

.....



.....

.....

V. Zasady uczestnictwa w Programie

- Udział w Programie jest dobrowolny i bezpłatny
- Program ma charakter czasowy i obejmuje ograniczoną liczbę spotkań- do maksymalnie 3 spotkań
- Zobowiązują się do punktualnego uczestnictwa
- Zobowiązują się do odwołania spotkania min. z 24 godzinnym wyprzedzeniem
- Przyjmują do wiadomości, że decyzję o zakwalifikowaniu do Programu należy do realizatora
- W przypadku dużego zainteresowania Programem, priorytetowa będą traktowane osoby w sytuacji kryzysowej, wymagającej pilnej i interwencji

VI. Oświadczenie Uczestnika

- Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Programu Wsparcia Psychologicznego i akceptuję jego postanowienia
- Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą
- Przyjmuję do wiadomości, że Program nie zastępuje leczenia psychiatrycznego ani psychoterapii długoterminowej oraz nie stanowi świadczenia opieki zdrowotnej finansowanej przez NFZ

.....

Miejscowość i data

.....

Czytelny podpis Uczestnika



Kwalifikacja do Programu

☐ zakwalifikowano

☐ nie zakwalifikowano

- uzasadnienie:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Miejscowość i data

Podpis
Specjalisty ds. programów i
komunikacji z mieszkańcami

Realizacja programu:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Podpis osoby zatwierdzającej udzielone wsparcie w programie

.....

Koordynator merytoryczny ds. Centrum Wsparcia Mieszkańca