

תקנון שירות פסיכולוגי משלים - שפ"מ

אבחונים:

1. תהליך האבחון כולל מילוי שאלונים, ריאיון עם ההורים, מפגשים אישיים עם התלמיד/ה משוב להורים ומסירת הדוח.
2. פגישת המשוב ומסירת הדו"ח יינתנו עד חודש לאחר הפגישה האחרונה עם התלמיד/ה.
3. התשלום יוסדר במעמד קביעת התור לאבחון.
4. במקרה של שני ביטולים ללא הודעה מסודרת מראש, האבחון יופסק ללא החזר כספי והמאבחן יסכם בכתב את הפעילות שנעשתה עד לאותו שלב.
5. במידה ובמפגש הראשון יוחלט כי לאור נסיבות המקרה אין צורך באבחון או לא ניתן לבצע את האבחון מסיבות מקצועיות, תגבה עלות פגישה של פסיכולוג בסך 250 ₪.
6. בדיקה חוזרת של האבחון לצורך שינוי בהמלצות כרוך בתשלום של 250 ₪.
7. במידה ויהיה צורך בהרחבת האבחון, התשלום יהיה בהתאם לתעריף השפ"מ.

טיפול:

8. השפ"מ מספק טיפולים פרטניים וקבוצתיים.
9. הרישום לטיפול הקבוצתי מותנה בפגישה מקדימה בין המטפל/ת לילד/ה וההורים ללא עלות.
10. פתיחת קבוצה טיפולית מותנית במספר מינימאלי של משתתפים המשתנה לפי סוג הקבוצה.
11. ביטול השתתפות בקבוצה יתבצע לכל המאוחר עד יום לאחר המפגש הראשון. לאחר מועד זה לא יתאפשר החזר כספי.

הערות כלליות:

12. שינוי מועד פגישה או ביטולה יתבצע בהודעה מראש ישירות למאבחן/ת או מול מזכירות השפ"מ, עד 24 שעות לפני מועד הפגישה.
13. ביטול פגישה ללא הודעה מסודרת מראש יחויב בתשלום שעת עבודה.
14. בכל מקרה של בעיה במהלך השירות הניתן ע"י הצוות המקצועי ניתן לפנות להנהלת השפ"מ.
15. **הנחות:** תינתן להורה הזכות להגיש בקשה לוועדת הנחות. הוועדה תדון בבקשה לאחר הצגת כל המסמכים. הנחיות נוספות ניתן לקבל במזכירות השפ"מ.
16. ניתן לשלם עד 4 תשלומים דחויים ללא ריבית, באמצעות המחאות אישיות/כרטיסי אשראי/מזומן/רישום טלפוני ואינטרנטי.
17. על ההורים יחולו הוצאות ו/או עמלות הבנקים עקב החזרת המחאה/ות מכל סיבה.
18. הורים המאחרים בהגעה לשפ"מ, לאסוף את ילדם בשעת סיום הטיפול/אבחון, חייבים להודיע על כך למזכירות השפ"מ. אי הודעה אינה מחייבת את הנהלת השפ"מ בשמירה על הילד.
19. השפ"מ רשאי להפסיק את פעילותו של המשתתף אם לא הוסדרו בעבורו ההתחייבויות הכספיות לחברה העירונית.
20. הנהלת המרכז ו/או המאבחן אינם אחראים על אובדן חפצים ו/או דברי ערך.
21. הנני לאשר קבלת עדכונים על פעילויות השפ"מ, באמצעות s.m.s/e-mail.
22. נהלים טפסים ופרטים נוספים מופיעים באתר השפ"מ www.shapam-rishon.co.il או בפייסבוק שלנו "שירות פסיכולוגי משלים".

שם המטופל:	שם משפחה:	ת.ז.:
תאריך לידה:	מין: ז / נ	שם ב"ס/גן:
שם ההורה:	ת.ז.:	נייד 1:
נייד 2:	כתובת:	
דוא"ל		

מטרת הפגישה (נא להקיף בעיגול): אבחון / טיפול פרטני / טיפול קבוצתי

תאריך _____ שם ההורה _____ חתימה _____