

מינהל שירותים החברתיים

מרכז יעוץ לנוער

טלפון : 08-9238827

רח' סיני 27 אשדוד



טופס הפנייה לטיפול במרכז יעוץ לנוער

שם ותפקיד המפנה	גורם מפנה
טלפון וגורם מפנה	תאריך הפניה
מייל	פקס

פרטים אישיים אודות הנער/ה:

ארץ עליה	שם פרטי
שנת עליה	שם משפחה
שם האם	תאריך לידה
ת.ז. האם	מס' ת.ז.
שם האב	כתובת
ת.ז. האב	אזור
מצב משפחתי הורים	טלפון בית
נייד אם	נייד הנער
נייד אב	מסגרת יש/אין/
	עבודה

מסגרות לימודיות קודמות:

יסודי _____

תיכון _____

מינהל שירותים החברתיים

מרכז יעוץ לנוער

טלפון : 08-9238827

רח' סיני 27 אשדוד



הרכב משפחתי:

יחסים במשפחה:

תפקוד לימודי: (נוכחות, השקעה בלימודים, הישגים האם קיימות לקויות למידה)

תפקוד התנהגותי חברתי

תאור של הקשר עם הנער: (עם צוות ביה"ס, מורה, הנהלה, יועצת, פסיכולוג) האם נערכו פעולות מיוחדות? (ישיבות לגבי הנער/ה הפניות)

מידע לגבי תפקוד אה"צ ובבית (אם יש, כולל תחביבים ותחומי עניין))

מינהל שירותים החברתיים

מרכז יעוץ לנוער

טלפון : 08-9238827

רח' סיני 27 אשדוד



האם יש אבחונים: דידקטי / פסיכו דידיקטי / פסיכו דיאגנוסטי/הערכה פסיכיאטרית. (יש לצרף)

- האם נוטל טיפול תרופתי? _____ איזה? _____
- האם נתקיימה ועדת השמה / החלטה / אחר. (יש לצרף)

האם ידוע על שימוש בסמים ואלכוהול (כולל ניסיונות): כן / לא.
אם כן פרט אילו סוגי חומרים

_____ גיל תחילת השימוש _____ תדירות השימוש _____
האם ידוע או קיים חשד להתמכרות /שימוש לרעה בתחומים נוספים (מסכים, משחקים קניות ועוד') כן/לא, אם כן למה ואם ידוע תדירות העיסוק _____

מעורבות בפלילים: כן/לא, אם כן באילו אישומים-
: _____

קשר עם גורמים נוספים בקהילה בנוגע לנערה/ה (משטרה, ש.מ., שפ"ח, ביקור סדיר, לשכת הרווחה (כולל מיר"ן), מעורבות עו"ס לחו"נ, כל גורם אחר)
נא לפרט היכן ומה נעשה:

מינהל שירותים החברתיים

מרכז יעוץ לנוער

טלפון : 08-9238827

רח' סיני 27 אשדוד



הכנת הנערה/ה להפניה והסכמתו

הסכמת הורים לטיפול: חתימת האב _____ חתימת האם _____

חתימת העובד _____ חתימת
המנהל _____

- ** נא לצרף צילום ת.ז. של אחד ההורים ****
- ** נא לצרף אבחונים ודו"חות רלוונטים ****
- ** עם קבלת המקרה לטיפולנו/לאבחוננו תקבע**
- ** פגישת הכרות עם הגורם המפנה והמשפחה ****