

סיכום תהליך קלט

שם העו"ס: _____
תפקיד: _____
צוות: _____
תאריך: _____

א. פרטים מזהים

1. שם _____
2. כתובת _____
3. תאריך לידה _____
4. ארץ מוצא _____
5. שנת עליה _____
6. שמות הנוכחים בפגישה _____

ב. סיבת הפניה

הגורם המפנה

1. פניה אישית: כן _____ לא _____
2. הופנה ע"י גורם אחר מי _____
3. פניה ראשונה למחלקה לשירותים חברתיים: כן _____ לא _____

סיבת הפנייה – הבעיה כפי שהיא נתפסת ע"י הלקוח

4. הרקע: תאור התפתחות הבעיה/ות ועיתוי הפניה _____

5. השלכות הבעיה/ות על מערכות חיו של הלקוח (בתחום האישי, משפחתי, חברתי, תעסוקתי ולימודים) _____

6. האם הלקוח/ות עשה/ו נסיון/ות לפתרון הבעיה/ת: כן _____ לא _____
7. מה היו תוצאות הנסיון/ות _____

8. האם נעשה/ו נסיון/ות לפתרון הבעיה/ות בשירותים אחרים (קהילתיים או מוסדיים) כן _____ לא _____
9. מה היו תוצאות הנסיון/ות _____

10. מה הפונה/ים מצפה/ים מן השירות ומן הטיפול _____

ג. תחומי קושי אחרים שעלו (לא לטיפול במחלקה לשירותים חברתיים)

ד. מערכות יחסים

1. במשפחה הגרעינית (זוג, הורים, ילדים, אחרים) _____

2. יחסים עם משפחת המוצא _____

3. בעבודה _____

4. בלימודים _____

5. במסגרות חברתיות _____

6. הסביבה והקהילה _____

ה. התרשמות העובד מן הלקוח/ות

1. כוחות, כישורים, יכולות של הלקוח _____

2. רשתות תמיכה בסביבה _____

3. דימוי ומודעות עצמית – תפיסתו את עצמו ואת בעיותיו _____

4. מוכנות הלקוח להכנס לטיפול ולקבל אחריות לשינוי _____

ו. אבחנת העובד

ז. תכנית טיפול

1. יעדים בטיפול

2. אמצעים להשגת יעדים

3. לוח זמנים להשגת יעדים

4. הפניה לשירותים אחרים

5. סיכום העובד

6. הערות הלקוח

ח. החלטות

1. ההחלטות שהתקבלו

2. על ידי מי

3. נימוקים להחלטות שהתקבלו

ט. הערות

