**שאלון פרטים אישיים להורי המשתתף בתוכנית**

**עדכון פברואר 2022**

**כל הנאמר במסמך זה מופנה לנשים וגברים כאחת ומנוסח בלשון זכר מטעמי נוחות בלבד**

הורים יקרים. אנא מלאו את השאלון במלואו, באופן כנה ומדוייק. כך נוכל לבחון באופן **אחראי** את התאמת בנכם לתוכנית ולשילוב יחידני בצבא.

**אנא צרפו לשאלון זה את המסמכים הבאים**:

1. אבחון של בנכם- בתכם שבו מצוין במפורש כי הינם על הספקטרום האוטיסטי.

2. מסמכים מגורמים טיפוליים המלווים את ילדכם/ילדתכם (פסיכולוג, פסיכיאטר, קלינאית תקשורת וכ"ו)

 היכולים להעיד על מצבו ותפקודו של בנכם/בתכם

3. המלצת גורם חינוכי מביה"ס - ע"ג טופס שאלון למורה של תוכנית חיבורים

4.עותק של המסמכים שנשלחו לצה"ל עד כה.

 5. אישור של משרד הרווחה כי בנכם/ בתכם מוכברחם כאנשים על הספקטרוםה אוטיסטי ע"י המשרד.

**יש להקליד את התשובות ולשלוח במייל חוזר עד שבוע לפני מועד הראיון שנקבע.**

**שאלונים בכתב -יד או מצולמים לא יתקבלו!**

**שימו לב-ללא מסמכים אלו לא נוכל לקיים את הראיון**

**פרטים אישיים של ההורים:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  **שם ההורה** | **כתובת מגורים** | **מצב משפחתי** | **טלפון סלולארי** | **כתובת דוא"ל** | **מקום עבודה ותפקיד**  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**פרטים אישיים של המשתתף המיועד:**

שם: תאריך לידה:

גיל: מס' ת.ז.

מספר טלפון סלולארי: כתובת דוא"ל: כינוי בפייסבוק:

מידת חולצה:\_\_\_\_\_

**מידע כללי:**

* מספר ילדים במשפחה, גילאים ועיסוקים:
* שם וסוג המסגרת חינוכית בה לומד/למד:
* האם סיים 12 שנות לימוד?
* האם ניגש/ייגש לבחינת בגרות, אם כן, באיזה היקף ומהם התחומים המוגברים?
* האם קיימים לקויות למידה? אם כן אנא פרטו
* אילו התאמות בלמידה קיבל? נא לפרט
* האם בנכם מקבל סיוע במסגרת הבית ספרית ע"י סייע.ת? האם הסיוע גלוי או סמוי?
* האם קיימים קשיי קשב וריכוז? האם ניתן טיפול תרופתי בעבר? כן/ לא האם נלקח טיפול לתחום זה כיום? כן/ לא
* האם קיימים תחומי עניין מיוחדים?
* האם יש תחביבים/עיסוק בשעות הפנאי? אם כן, מהם?
* מהם תחומי חוזק של בנכם?
* מהם התחומים בהם ישנם קשיים?

**מודעות והתייחסות לאבחנה**

* האם בנכם מודע לאבחנה שלו וכיצד הוא מתייחס לכך?
* האם בנכם השתתף בקבוצה חברתית בעבר? אם כן, במשך כמה זמן ובאיזו מסגרת?
* כיצד אתם כמשפחה מתייחסים ללקות? האם מדברים על כך באופן גלוי בבית? האם משתמשים במונחים אוטיזם/ אספרגר/ בעיות תקשורת/ קשיים חברתיים?

**תפקוד חברתי**:

* האם לבנכם יש רצון/ חוסר עניין /רצון אך אי הצלחה ביצירת קשרים חברתיים?
* האם לבנכם יש יוזמה לאינטראקציות חברתיות?
* באינטראקציה חברתית- מהו סגנון האינטראקציה שלו? אסרטיבית/ תוקפנית/ פסיבית/ נמנע
* האם יש התנהגויות שמונעות/ מקשות יצירת ושימור קשרים חברתיים? (לדוגמא תוקפנות או הימנעות)
* מה רמת ההבנה של קודים חברתיים וסיטואציות חברתיות? אנא פרטו
* האם משתלב חברתית- במסגרת מובנית, בהפסקות, בחיים החברתיים מחוץ לבי הספר.
* האם הצליח לקיים קשרים חברתיים משמעותיים במהלך בית הספר התיכון? אם כן- אנא תארו אותם (התייחסו לרמת העניין ויכולת היוזמה שלו בנושא):
* במידה וכבר סיים תיכון- האם הצליח לשמור על קשרים חברתיים מתקופת התיכון?
* האם בנכם התמודד עם לינה מחוץ לבית ללא הורים (במסגרת של טיול בית ספרי או גדנ"ע)? אם כן, תארו את אופן ההתמודדות:

**תפקוד עצמאי-רגשי:**

* האם בנכם עצמאי בשימוש בתחבורה ציבורית, אם כן- באיזה כלי תחבורה משתמש ובאיזו תכיפות? האם משתמש בקווים קבועים או מתחלפים?
* האם עצמאי בהכנת ארוחות, אם כן- מה יודע להכין?
* האם עצמאי בביצוע קניות, אם כן- מה נוהג לקנות?
* האם עבד אי פעם בעבודה כלשהיא, תמורת תשלום או בהתנדבות? אם כן- במה וכמה זמן?
* האם בנכם עצמאי בתחום הכספי? באיזה אופן?
* האם דיווח על מחשבות אובדניות?
* האם ישנן חרדות? האם טופל תרופתית?
* האם היו/ישנן התנהגויות של פגיעה עצמית?
* האם היו/ קיימות התנהגויות אשר עלולות לסכן אותו או את סביבתו?
* האם ישנם התקפי זעם? אם כן- מה שכיחותם ועוצמתם? כלפי מי הופנו ההתקפים?
* האם היו אשפוזים פסיכיאטרים? אם כן, אנא פרטו מתי ,סיבת האשפוז ומקום אשפוז (יש לצרף מסמך רפואי המתייחס לאשפוז).
* האם לוקח תרופות בגין קושי נפשי באופן קבוע? אם כן- מהן התרופות ולמה הן מיועדות?
* האם עבר תקופה של התמוטטות או הסתגרות עקב עומס/ תקופה אינטנסיבית?
* האם סובל מקושי בריאותי אחר כלשהו? אם כן- אנא פרטו מהו.

 גורמי טיפול רגשי אשר טיפלו מטפלים בבנכם בחמש השנים האחרונות- אנא פרטו (ניתן להוסיף שורות לפי הצורך)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם המטפל | תחום עיסוק | תקופת הטיפול | פרטי קשר |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**טיפול תרופתי בשנתיים האחרונות: (במידה וניתן טיפול בעבר והפסק- נא לציין)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם התרופה | עבור מה ניתנת התרופה (קשב וריכוז, חרדות, מצב רוח וכ"ו) | פרטי הגורם אשר רשם את התרופה |
|  |  |  |
|  |  |  |

**התנהלות מול גורמים רשמיים:**

* האם בנכם מוכר על ידי השירות לאדם עם אוטיזם במשרד הרווחה? כן/ לא
* פרטי העו"ס האחראית: יש לציין שם/ טלפון/ כתובת מייל.
* האם בנכם מוכר על ידי ביטוח לאומי ?
* האם אתם מנהלים מול צה"ל תהליך לשילוב בנכם במסגרת התוכנית לשילוב אוטיסטים בצה"ל "תתקדמו" ? אם כן- באיזה שלב הנכם נמצאים בתהליך?
* האם הינכם מנהלים תהליך קבלה בתוכנית נוספת לקראת השירות הצבאי?

אם כן- איזו?

כחלק משיתוף הפעולה עם תוכנית "רואים רחוק" במידה ובנכם מתקבל לשתי התוכניות

אנא דרגו את העדפתכם לתוכנית דרכה יתגייס:

עדיפות 1: עדיפות 2: \_\_\_\_\_

\*חשוב לדעת! התוכניות הן אלו שיקבלו החלטה סופית בנוגע לשיבוץ לתוכנית המתאימה מבין השתיים וזאת כדי לאפשר לכמה שיותר צעירים וצעירות לשרת בצה"ל.

**צבא:**

* נתונים שנקבעו על ידי הצבא לאחר הצו הראשון, במידה והתקיים:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| פרופיל | קב"א | דפ"ר |

* האם בנכם קיבל פטור משירות צבאי?
* האם נדרש בליווי עמותה להתנדבות?
* האם נפתחה בקשת התנדבות? אם כן, מתי?
* מהן הציפיות והחששות שלכם מהשרות הצבאי?
* באילו סוגי תפקידים/ תחומים אתם חושבים שבנכם יכול להשתלב בצבא?

**ממליצים:**

אנא ציינו שמותיהם ופרטי התקשרות של שלושה צוות חינוכי/מטפלים/ מעסיקים/ מדריכים/ חונכים אשר מכירים היטב את בנכם מהשנתיים האחרונות ויכולים לשמש כממליצים: (**יש ליידע אותם שצוות התוכנית יפנה אליהם ולאפשר להם לשוחח עם צוות התוכנית**). **אין לציין בני משפחה**.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם הממליץ | עיסוקו | מס טלפון |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 **הצהרת הורים:**

1. אנו מצהירים בזאת כי כל הפרטים המוגשים הינם נכונים  ומעודכנים .
2. ידוע לנו כי מסירת מידע  לא מדויק או השמטת מידע חיוני  ו/או אמיתי עלולה להביא לקבלת בננו/ בתנו למסגרת לא נכונה ,ו/או קבלתו לתוכנית על חשבון מועמדים אחרים ברי סכויי טוב יותר ולהביא נזק לצבא ולתוכנית זו בעתיד.
3. ידוע לנו כי קבלת בננו/ בתנו לתוכנית " חיבורים " הינה צעד ראשון בתהליך ארוך ואנו מתחייבים לתמוך ,לסייע ,ללוות  ולהיות נגישים במהלך כל תקופת ההכנה  והשירות על פי הצרכים .

 פרטי ההורים וחתימה :

שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ת"ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ת"ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ חתימה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_