

فرم درخواست ثبت نام و عضویت خانواده‌های دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم

جهت مشارکت با دبیرخانه

خانواده محترم،

این فرم با هدف شناخت بهتر ظرفیت‌ها، تجربیات و نیازهای خانواده‌های گرامی طراحی شده است تا بتوانیم با همکاری یکدیگر، برنامه‌ریزی مؤثرتری برای ارتقای کیفیت زندگی فرزندان عزیزمان داشته باشیم.

لازم به ذکر است اطلاعات شما محرمانه تلقی شده و صرفاً برای اهداف حمایتی و برنامه‌ریزی مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

بخش اول: اطلاعات پایه و تماس			
اطلاعات سرپرست خانواده			
نام و نام خانوادگی			
نسبت با فرد با اختلال طیف اتیسم			
شماره تماس - ثابت			
شماره تماس - همراه			
آدرس پست الکترونیک			
آدرس محل سکونت			
اطلاعات فرد/ افراد با اختلال طیف اتیسم			
نام و نام خانوادگی فرد			
سن			
شدت (سطح) اختلال طیف اتیسم			
مهارت‌ها و علایق خاص فرد با اختلال			
بخش دوم: سابقه مشارکت و فعالیت‌های اجتماعی (چک لیست دلایل مشارکت)			
لطفاً مواردی که در آن تجربه یا تمایل به مشارکت دارید را علامت بزنید و در صورت امکان توضیح مختصری ارائه دهید.			
لطفاً چنانچه مستنداتی نظیر دعوتنامه برای حضور در جلسات، گواهینامه آموزشی، گواهی همکاری با مراکز توانبخشی و ... موجود است، پیوست نمایید.			
توضیحات مختصر	بله	خیر	الف) سابقه مشارکت در مراکز و انجمن‌ها
			عضو فعال در تشکلهای مردم نهاد یا خیریه ها
			حضور در جلسات و نقش فعال در ارتباط

		با سازمان ها و نهادهای دولتی
		شرکت در جلسات و کارگاههای آموزشی برای خانوادهها
		تجربه شرکت و همکاری در برنامه های اجتماعی خیرخواهانه
		همکاری داوطلبانه با مراکز توانبخشی یا آموزشی
		سایر موارد:
بخش سوم: انگیزه ها و ظرفیت های خانواده		
۱. انگیزه اصلی شما از مشارکت و همکاری چیست؟ (لطفاً گزینه های مربوطه را علامت بزنید)		
☐ بهبود کیفیت زندگی فرزندم ☐ کمک به دیگران و احساس مفید بودن ☐ یادگیری مهارت های جدید ☐ پیدا کردن شبکه حمایتی و دوستان هم تجربه ☐ تغییر نگرش جامعه نسبت به معلولیت ☐ سایر موارد (توضیح مختصر):		
		۲. چه توانایی ها، مهارت ها یا حرفه ای دارید که ممکن است به جامعه هدف کمک کند؟ (مثلاً: حقوق، روانشناسی، حسابداری، طراحی، نویسندگی، تدریس، مهارت های فنی و...)
بخش چهارم: برنامه ریزی و پیشنهادات		
(لطفاً به طور آزادانه هر ایده ای دارید بنویسید).		
۱. چه مدت زمان در هفته می توانید به مشارکت و همکاری اختصاص دهید؟		
☐ کمتر از ۵ ساعت ☐ بین ۵ تا ۱۰ ساعت ☐ بیش از ۱۰ ساعت		
		۲. دلایل مناسب دانستن خود جهت مسئولیت نمایندگی خانواده ها در دبیرخانه اتیسم

	۳. برنامه های مد نظر شما برای تقویت ارتباط میان خانواده های استان، در صورت انتخاب شما به عنوان نماینده خانواده های اتیسم
بخش پنجم: رضایت و امضا	
اینجانب، با امضای این فرم، موافقت خود را با استفاده از اطلاعات فوق برای اهداف حمایتی و برنامه ریزی اعلام می کنم.	
	امضاء
	تاریخ