



پیوست شماره ۳

فرم درخواست ثبت نام و عضویت در گروه خانواده‌های دارای فرزند با اختلال طیف اتیسم جهت مشارکت با دبیرخانه هم اندیشی، کیفیت بخشی و توانمندسازی اولیاء

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. لطفاً فرم، به طور خوانا و در صورت امکان به صورت تایپ شده تکمیل گردد.

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

اداره کل بهزیستی استان آذربایجان غربی

بخش اول: اطلاعات پایه و تماس

اطلاعات فرد متقاضی عضویت (پدر، مادر، خواهر، برادر، پدر بزرگ، مادر بزرگ، پدر خوانده، مادر خوانده یا قیم قانونی)

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	
کد ملی (جهت بررسی تایید تشخیص در ICF)	
شدت (سطح) اختلال طیف اتیسم	
مهارت‌ها و علایق خاص فرد با اختلال (سابقه شرکت در نمایشگاه‌ها، مسابقات، برنامه‌های هنری، عضویت در تیم‌های)	



ورزشی و هنری و ...)، در سطوح محلی، شهرستانی، استانی، کشوری و بین المللی	
بخش دوم: سابقه مشارکت و فعالیت های 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.	
سابقه مشارکت در مراکز و فعالیت های اجتماعی	بلی خیر توضیحات مختصر
عضو فعال در برنامه های مرکز ارایه دهنده خدمات تحت نظارت سازمان	
حضور در جلسات و نقش فعال در ارتباط با سازمان ها و نهادهای دولتی	
شرکت در جلسات و کارگاه های آموزشی برای خانواده ها	
تجربه شرکت و همکاری در برنامه های اجتماعی خیرخواهانه	
همکاری داوطلبانه با مراکز توانبخشی یا آموزشی	
ارایه سخنرانی در همایش های علمی (جهت بررسی توان سخنوری)	
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 فرزندان ☐ 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، مهارت‌های فنی و...) لطفاً مستندات موارد ذکر شده را پیوست نمایید
بخش چهارم: برنامه‌ریزی و پیشنهادات (لطفاً به طور آزادانه هر ایده‌ای دارید بنویسید).	
۱. چه مدت زمان در هفته می‌توانید 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 خانواده‌ها در دبیرخانه ا티سم
	۳. برنامه‌های مد نظر شما برای تقویت ارتباط میان خانواده‌های استان، در صورت انتخاب شما به عنوان نماینده خانواده‌های اتيسم
بخش پنجم: رضایت و امضا	
اینجانب، با امضای این فرم، موافقت خود را با استفاده از اطلاعات فوق برای اهداف حمایتی و برنامه‌ریزی اعلام می‌کنم.	
	امضاء
	تاریخ