



پیوست شماره 3

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

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 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	سابقه مشارکت در مراکز و فعالیت‌های اجتماعی
			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 کارگاه‌های آموزشی برای خانواده‌ها
			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: انگیزه‌ها و ظرفیت‌های خانواده

1. 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 مهارت‌های جدید
- پیدا کردن شبکه حمایتی و دوستان هم‌تجربه
- تغییر نگرش جامعه نسبت به معلولیت
- سایر موارد (توضیح مختصر)

2. چه توانایی‌ها، مهارت‌ها یا حرفه‌ای 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).	
1. چه مدت زمان در هفته می‌توانید به مشارکت و همکاری اختصاص دهید؟	
<input type="checkbox"/> کمتر از ۵ ساعت <input type="checkbox"/> بین ۵ تا ۱۰ ساعت <input type="checkbox"/> بیش از ۱۰ ساعت	
	2. دلایل مناسب دانستن خود جهت مسئولیت نمایندگی خانواده‌ها در دبیرخانه اتیسم
	3. برنامه‌های مد نظر شما برای تقویت ارتباط میان خانواده‌های استان، در صورت انتخاب شما به عنوان نماینده خانواده‌های اتیسم
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