

財團法人罕見疾病基金會附設罕見家園

心理輔導申請表

我的天空變的黑暗，我的內心時常在下雨，我開不了口，也不知道該對誰開口?

誰能聽聽我，誰能陪我走過這場風暴,面對這無力掙扎的漩渦…

你是否曾有這些感受?也曾感到無力??不知道誰能幫助你?

罕見疾病基金會為幫助病友及家屬渡過難關，特別與新竹在地專業的杜華心苑心理諮商所合作，邀請專業的心理諮商師進行一對一會談與家族會談，讓我們一起幫忙您扛起身上的重擔,陪您走一段路,希望您可以更輕鬆、更積極的面對人生，如果您對心理輔導有興趣，歡迎您隨時向本會預約會談服務，經本會評估後即有機會開始進行會談！

* 服務對象：桃竹苗地區罕見疾病病友及家屬
* 服務項目：個別諮商輔導、家族諮商、團體諮商
* 時間：每次會談時間為60分鐘，於週二至週六上班時段進行，並依與諮商師約定時間而定。
* 地點：(1) 罕見家園會談室（新竹縣關西鎮東平里九鄰小東坑7-6號）

(2) 杜華心苑心理諮商所(新竹市東區新光路83號1樓)

(3) 若因疾病、家庭因素或交通問題外出有困難者，可另來電洽詢

* 洽詢專線 : (03)547-5528分機1010 家園服務組 周碧芳 社工 。
* 費用：將依據每位申請者的情況，提供1~8次晤談，費用全額補助。

\*此表單內容牽涉個資及隱私內容，非特殊情形下不會洩漏予不相關第三者知情，請安心填寫。

─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─ ─

財團法人罕見疾病基金會附設罕見家園 心理輔導 報名回條

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者姓名 | |  | | | 申請者身份 | | | □病友 □家屬 |
| 病友姓名 | |  | | | 疾病名稱 | | |  |
| 是否使用輔具 | | □否 □是，使用的輔具為： | | | | | | |
| 聯絡資訊 | | 電話 |  | | | | 手機 |  |
| 住址 |  | | | | | |
| **一、目前問題與希望晤談內容：**  □生活適應□生涯規劃□情緒困擾□情感疾患□人際關係□感情問題  □家庭/親子問題□財務問題□生理疾病□學習困難□其他(請說明)  **二、承上，問題簡述：(我遇到的困難？)** | | | | | | | | |
| **預約時間：**上午9:00~12:00，下午14:00~17:00，每次諮商為60分鐘，請填寫可進行之時間，建議**複選**，以利我們為您安排初次會談及諮商評估。 | | | | | | | | |
| 週二 | □上午□下午， 點 | | | 週五 | | □上午□下午， 點 | | |
| 週三 | □上午□下午， 點 | | | 週六 | | □上午□下午， 點 | | |
| 週四 | □上午□下午， 點 | | |  | |  | | |

請將此報名回條傳真、郵寄或E-mail至本會

傳真:(03)547-5580 電子郵件: wh09@tfrd.org.tw

地址:306新竹縣關西鎮東平里小東坑7-6號 罕見家園服務組社工 周碧芳收