**טופס הרשמה להסמכת מטפל מיני לאנשים עם צרכים מיוחדים**

שם מלא:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**הוראות למילוי הטופס**

**הוראות למילוי הטופס:**

\*הטופס מנוסח בלשון זכר אך מתייחס באופן שווה לשני המינים.

**אנא קרא את ההוראות בקפידה וכן הקפד לכלול את כל המסמכים הדרושים.**

1. מלא את **כל** הדפים בטופס הבקשה.

2. חובה על חתימת המועמד להופיע בעמוד האחרון של הטופס.

3. יש להגיש מסמכים רלוונטיים כאישור למידע המדווח בטופס זה.

4. יש לשלם אגרת הסמכה על סך 150 ₪. האגרה אינה ניתנת להחזרה.

5. אנא שמור עותק אחד אצלך לתיעוד.

1. **רישום** דרך "טופס הצטרפות" באתר העמותה www.amuta-love.com
2. **חברות בעמותה:** נא לשלוח תיעוד של חברות בעמותה (קבלה עדכנית).
3. **חתימת המבקש:**

\*על ידי חתימה על הטופס, אתה מאשר שקראת את הקוד האתי של העמותה ומחויב לו.

1. **השכלה וניסיון תעסוקתי**

**ג.1.** נא ציין תארים אקדמיים שנרכשו:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| תואר | מחלקה | מוסד | שנה |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* כל התארים האקדמיים נרכשו ממוסד מוכר. אם לא, אנא הסבר.
* צרף עותק רשמי של התואר האקדמי הגבוה ביותר שלך הכולל את פירוט הקורסים. (דרישת מינימום: תואר שני).

**ג.2.** נא צרף תיעוד של ניסיון של שלוש (3) שנים לפחות בעבודה עם אנשים עם צרכים מיוחדים, מתוכן לפחות שנתיים בטיפול בהם (תלושי משכורת/ מכתב מנהל וכיו"ב).

**ג.3.** צרף קורות חיים.

1. **שעות מינימום נדרשות**

לצורך השלמת ההסמכה יש להשלים מינימום של שלוש מאות (300) שעות לימוד בתחום המיניות והנכות ממוסד מוכר או קורסים מטעם העמותה, מתוכם חובה:

* קורס שנתי ביסודות ושיטות בטיפול מיני באוכלוסייה עם צרכים מיוחדים.
* קורס שנתי לליווי עבודה מעשית (פרקטיקום) באוכלוסייה עם צרכים מיוחדים.
* קורס 10 שעות באתיקה בטיפול באוכלוסייה עם צרכים מיוחדים.
* השתתפות בקבוצתSAAR בת עשר (10) שעות.

נא לספק תיעוד רשמי של תכנית הלימודים ושיעורים רלוונטיים נוספים, כגון התפתחות מיניות האדם עם מוגבלות, טיפול זוגי, אנטומיה ופיזיולוגיה, טיפול בחולי כרוני, אלימות מינית, בריאות האישה, נטייה מינית, זהות ומגדר, קשיים בתפקוד המיני, מיניות ומדיה, פורנו וכיו"ב. יש לצרף תעודות.

סה"כ שעות \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **מינימום מאתיים וארבעים (240) שעות התמחות בטיפול מיני עם יחידים או זוגות בעלי צרכים מיוחדים. נא פרט:**

תפקיד מקום/הופנה מ- תאריכים שעות

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תפקיד מקום/הופנה מ- תאריכים שעות

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תפקיד מקום/הופנה מ- תאריכים שעות

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תפקיד מקום/הופנה מ- תאריכים שעות

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תפקיד מקום/הופנה מ- תאריכים שעות

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תפקיד מקום/הופנה מ- תאריכים שעות

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ציין מספר שעות טיפול עם:

זוגות: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ גברים:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ נשים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ילדים: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ אחר: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ציין סוגי הפרעות פסיכוסקסואליות בהן טיפלת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ציין סוגי מוגבלויות/צרכים מיוחדים/נכויות בהן טיפלת:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **הדרכה**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **שם המדריך** | **מקום/ סביבת הדרכה** | **מס' שעות ההדרכה** | **תאריכים (התחלה וסיום)** | **קבוצתי (ציין מס' משתתפים)/פרטני** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

יש לסיים מינימום שישים (60) שעות הדרכה עם לפחות שני מדריכים מוסמכים מטעם עמותת הדס, על פני תקופה של עשרים וארבע (24) חודשים לפחות, מתוכן לפחות חמישים (50) שעות של הדרכה פרטנית (הדרכה קבוצתית: 3-4 משתתפים בלבד).

סה"כ שעות הדרכה פרטנית: \_\_\_\_\_\_\_\_

סה"כ שעות הדרכה קבוצתית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**בשטח הריק שלהלן, ספק כל מידע נוסף שלדעתך עשוי להיות רלוונטי לבחינת הבקשה להסמכה:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

1. **מעקב אחר 240 שעות טיפול (כלי עזר)**

יש להגיש למדריך בתום תקופת ההסמכה.

שם המטפל:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | תאריך | מטופל | צרכים מיוחדים/ סוג נכות | זוג/ גבר/ אישה/ ילד/ אחר | סיבת פניה (מיני) | הערות | סוג הדרכה/ מדריך |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |