

高雄市學生輔導諮商中心

教職員工心理健康支持方案申請表【個人申請用】

填寫日期： 年 月 日

107.07.19 修訂

姓 名		服務單位		職稱	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	服務年資		年齡	
聯絡電話	(公) (私) (手機)				
電子信箱					
申請類別	<input type="checkbox"/> 諮商 <input type="checkbox"/> 諮詢 <input type="checkbox"/> 支持團體				
類 議 請 型 題 勾 選	①工作壓力②職場人際困擾③職涯困擾④哀傷/失落⑤家庭/親子⑥情緒困擾 ⑦關係衝突⑧教學困擾 ⑨輔導管教策略諮詢⑩其他(請註明)_____				
議 題 概 述					
資 源 或 協 助 已 接 受 的	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 1. <input type="checkbox"/> 醫療： _____ 次數： _____ 2. <input type="checkbox"/> 諮商： _____ 次數： _____ 概況描述： _____				
事 協 期 項 助 待					
期待晤談地點： <input type="checkbox"/> 原服務學校； <input type="checkbox"/> 學諮中心七區駐點學校(○民族國中○大義國中○前鎮國中 ○青年國中○忠義國小○路竹高中○旗山國中) 期待晤談時間：1.星期____時段____：____ 2.星期____時段____：____ 其他：_____					
申請人 簽章					
(以下由學諮中心填寫)					
收案 日期		處 理 情 形		接案人員 姓名	
				中心主任 簽章	

說明：

1. 申請本服務，經初步晤談後另以電話回覆開案與否。
2. 「教職員工心理健康支持方案」服務之諮商次數以 3~6 次為原則。
3. 請將本申請表及同意書之正本資料以公文交換至學諮中心；公文交換不便地區請郵寄至 80768 高雄市三民區覺民路 363 號高雄市學生輔導諮商中心收。
4. 行政電話：382-1200/382-1300；諮詢電話：386-1785/386-0885；教師諮詢專線：5882600；傳真電話：382-8500。

高雄市學生輔導諮商中心

教職員工心理健康支持方案同意書

至本中心接受教職員工心理健康支持服務之當事人，請詳細閱讀下列事項：

一、 免費服務

本中心對本市教育局及所屬學校之教職員工提供教職員工心理健康支持服務不收取任何費用。

二、 服務時間

晤談每次 1 小時，每週以 1 次為原則，有特殊情形經由本中心同意後得加以調整。

三、 取消晤談

若因故不能前來晤談，請於晤談前 24 小時以電話或本人親自至本中心取消晤談(電話：386-1200、386-1300)。若無故取消晤談三次以上，將終止晤談服務。

四、 保密

當事人的晤談內容及資料將依相關法規定保管，下列二情形除外：

- (一) 在當事人有危及自己或他人生命、自由財產及安全之情況。
- (二) 涉及法律責任(如兒童及少年福利與權益保障法、性侵害犯罪防治法等)時。

五、 配合事項

當事人有權利尋求其他心輔人員之意見，但原則上同時只能尋求一位心輔人員協助。當事人有權利隨時終止本服務，但須先與提供服務之心輔人員進行結案晤談。

~~~~~

本同意書我已詳細地閱讀，對於不清楚的部份也有詢問的機會，我同意接受貴中心的服務；我完全瞭解接受教職員工心理健康支持服務是自願的，而且可隨時告知我的心輔人員之後結束教職員工心理健康支持服務。

此致

高雄市學生輔導諮商中心

當事人簽名：\_\_\_\_\_

簽名日期：\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日