

טופס לבגיר

ברוכים הבאים ל"מרכז חוויות"

אנו מבקשים לקרוא את החוברת על "מרכז חוויות" המצורפת ולהכנס לאתר שלנו: www.havayot-center.co.il (רצוי לפני קריאת דפים אלו ומילוי הטפסים).
כמו כן הנכם מוזמנים לצפות בסרטם על "מרכז חוויות" <http://www.youtube.com/havayot>

אנא קראו בעיון את כל החומר והטפסים טרם מילואם.

פירוט המסמכים המצורפים לדפים אלו - יש למלא באופן מלא ולהחזיר אלינו:

← שאלון - אנמנזה

← טופס תיאום ציפיות לסיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים - A.A.T

← טופס תיאום ציפיות לרכיבה טיפולית

← טופס תיאום ציפיות לאיגלה - EAGALA טיפולי

← טופס ביטוח ונהלי החווה - אנא חיתמו עליו!

← טופס התחייבות לתשלומים - אנא חיתמו עליו!

← טופס ויתור סודיות - אנא חיתמו עליו!

← יש לציין כי המפגשים הטיפוליים מתקיימים בעיקר בשעות הבוקר ולעיתים בצהריים / ערב.

← זמן המתנה מקבלת הטפסים חזרה לדינו ועד לתחילת תהליך טיפולי בין ברכיבה ובין בעזרת בע"ח - עד 6 שבועות

← טפסים שלא יגיעו מלאים וחתומים עם אבחונים וסיכומים כמתבקש - יוחזרו, והדבר יעכב את התהליך כולו!

להלן הסברים אודות ההכרות הראשונית ותחילת התהליך הטיפולי:

תהליך הקליטה

נא מלאו את השאלון המופיע בהמשך באופן מלא ובכתב קריא, צרפו את האבחונים שברשותכם והעבירו אותם אלינו. בעזרת מידע זה יבנה פרופיל - נרטיב ראשוני.

לאחר מכן תוזמנו לפגישת קלט - היכרות עם המרכז, נשוחח ונמליץ על התהליך הנראה לנו כמתאים; תדירות המפגשים, מישכם, בכמה סדרות מדובר, מטרת טיפוליות ספציפיות העולות מהחומר שהועבר אלינו, צוות, שעות וכד'.

מחיר תהליך הקלט הינו - 540 ש"ח, בתהליך מלא עלות זו כלולה בעלויות רצף המפגשים. (תשלום זה ישולם בתחילת פגישת הקלט ויקוז בהמשך מהתשלום האחרון בסדרה).

למופנים ע"י בטוח לאומי, או מסגרות אחרות:

- עיינו בכל החומר להלן

- תהליך הקליטה הינו בהתאם להפניה

- עיינו בנספח המצורף לחומר זה

בכל שאלה ובקשה יש לפנות במייל: havayot.center@gmail.com

מבנה התהליך הטיפולי:

מפגשי היכרות והתאמה לסיוע הטיפולי בעזרת בעלי חיים ולרכיבה הטיפולית:

הקשר בין המטופל ל"מרכז חוויות" מתחיל ב-4 מפגשים כפולים עם ד"ר יוני יהודה, אשר מטרתן: פתיחה, היכרות, התאמה, לימוד, הצבת יעדים ומטרות צנועות וכן היכרות עם מרכז חוויות.

בשלב זה נבחר את המסגרות הטיפוליות, בע"ח המתאים לתהליך, זמני ותדירות המפגשים, צוות מתאים וכד'.

פעמים ונמליץ על איבחונים נוספים. את המרכז מלווים רופא, פסיכולוגים, פסיכיאטרים, פיזיותרפיסט, מרפא בעיסוק ועו"ס מהשורה הראשונה, תמיד נשמח לעבוד עם המומחים שאיתם אתם בקשר ויחד עם זאת נשמח להפנותכם לאלה שאנו עובדים עימם.

בשלב זה נפגש או נדבר טלפונית ונחל בתהליך.

סדרת מפגשים טיפוליים מונה 24 פגישות המאפשרות לנו לבחון לאורך התהליך את ההתקדמות. פעמים ומתקיימים סדרות מקבילות, למשל רכיבה טיפולית מקבילה למפגשי סיוע טיפולי בעזרת בע"ח וכד', אנו מתייעצים עמכם כל הזמן על מנת שנדע אם יש צורך בסדרה נוספת ובעלת איזה אופי.

בדרך כלל התהליך מתפרס על מינימום שתי סדרות טיפוליות - כשנת טיפולים.

מהות ותוכן סדרה בת 24 פגישות:

4 פגישות - היכרות אישית בין המטפלים והמטופל, תאום ציפיות, נהלים וכללים, חוזה טיפולי.

16 פגישות - התהליך עצמו. במגוון התחומים שהמרכז מציע, יש להבין כי בשל האופי המיוחד בעבודה בסביבת בעלי חיים, פעמים ואנו מבצעים פעולות רבות למענן ולרווחתן של החיות כגון: הכנת מזון לבע"ח, נקיון כלובים, בניית כלובים, שמירה על ממשק מתאים, נסיעה לוטרניר, נסיעה לקנות מזון או ציוד אחר לרווחת בע"ח, ועוד. בחתימתכם אתם מאשרים נסיעות אלה. פעילות זו מהותית ומהווה חלק חיוני בתהליך הטיפולי.

4 פגישות - א) סיכום, פרידה, הפנמת התהליך והעמקת יכולת השימוש בכלים שנרכשו. ב) אם מתחילים סידרה נוספת- בפגישות אלו מקיימים סיכום חלקי, המתיחס לתהליך עד כה, תכנון והצבת מטרות להמשך התהליך בפגישות הבאות, וכן הלאה.

זמנים ותדירות המפגשים הטיפוליים:

משך המפגש ותדירות המפגשים משתנים בהתאם לצרכי המקרה והתהליך המתבקש.

◀ סיוע טיפול בעזרת בע"ח - A.A.T:

יחידת זמן אחת הינה בת 45 דקות, יחידה כפולה הינה בת שעה וחצי וכו', בד"כ משך הפגישה - שעה וחצי.

◀ ברכיבה הטיפולית:

יחידת זמן אחת הינה בת 45 דקות: כ-30 דקות בעבודה על הסוס או בעבודת קרקע סביבו לפי החלטת מדריך/ת הרכיבה, ועוד כ-15 דקות בהכנת הסוס, פריקת הסוס, הובלה, טיפול בציוד הסוס ולעתים משימות בחווה עם חיות אחרות (בליווי מדריך/ה מלווה), בהתאם להנחיות הטיפוליות

יחידת רכיבה כפולה: כשעה בעבודה על הסוס/בסביבתו וכ-30 דקות, פעמים מפוצלות בהכנת סוס וכד' כאמור לעיל.

ברכיבה הטיפולית פועלים שני אנשי צוות: מדריך/ה רכיבה טיפולית ומדריך/ה מלווה בהתאם לצרכים. במסגרת מפגשי הרכיבה הטיפולית, פעמים ומתקיימים שיעורי אורווה וטיפוח הסוס, כחלק ממערך הטיפול. כל זאת עפ"י החלטת מדריך הרכיבה הטיפולית, בד"כ יתקיימו מפגשים אלו בימים בהם מזג האוויר אינו מאפשר רכיבה.

לידיעתכם - ברכיבה הטיפולית אנו משתדלים כי יהיו שניים או יותר רוכבים במגרש, משיקולים מקצועיים. משך ההמתנה עד לבניית קבוצת הרוכבים עשויה להמשך עד 6 שבועות.

◀ EAGALA טיפולי: 16 יחידות כפולות (שעה וחצי), שני מטפלים.

תכנית הטיפול:

אנו עושים כמיטב יכולתנו להתחשב בזמנים האפשריים לכם, תוך שילוב צרכי המטופל והתוכניות הנבנות עבורו. קיימת סבירות כי תזמנו להגיע למרכז פעמיים בשבוע במהלך התהליך הטיפולי, אם הדבר אינו מתאפשר לכם, אנו ממליצים לשקול מראש את התהליך כולו. שימו לב, קיים זמן המתנה עד לשילוב המטופל עם מספר רוכבים/משותפים, פעמים מתחילת התהליך ופעמים שילוב בהמשך.

עם קביעת זמני המפגשים, תקבלו רשימה של כל תאריכי רצף הפגישות - "תכנית הטיפול" במסלולים המקבילים שנקבעו ועימה רצף העלויות. עליכם לבדוק מראש צפי של קשיים בהגעה וכדו'. אנו מקפידים על זמני ומועדי הפגישות. הקפדה זו הינה משמעותית וחיונית לתהליך הטיפולי. התנגדות המטופל להגעה הינה חלק מהתהליך ואנו נתמודד עם התנגדות זו בזמן הטיפול. אנו שומרים לעצמינו את הזכות לביצוע שינויים בשל צרכי המערכת וצרכי התהליך הטיפולי (שילוב רוכבים וכדו' כפי שהוסבר לעיל). כמו כן ינתנו לכם זמני פגישות טלפוניות עם המטפלים/ים וכן ניתן על פי הצורך לקבוע זמני פגישות במרכז להערכת אמצע התהליך ולפני סוף הסדרה (בתשלום), כך שנוכל יחדיו לבחון את ההתקדמות ולהחליט על המשך התהליך.

ביטול מפגש:

- במקרה של ביטול מפגש, יש להודיע לנו **במייל בלבד** על כך, עד 72 שעות (שלושה ימי עסקים - לא כולל שבתות וחגים) לפני המפגש - במקרה זה לא תחוייבו.
- הודעה על ביטול שתהיה בין 72 שעות ועד 48 שעות לפני המפגש, תחייב את המבטל ב-50% מעלות המפגש.
- הודעה על ביטול בסמוך או פחות מ-48 שעות לפני המפגש, תחייב את המבטל ב-100% מעלות המפגש.

החיוב על ביטול ירד מרצף התשלומים שנמסר כפי שיוסבר בהמשך. על ביטול יש להודיע במייל בלבד!

שיבוץ מפגש חדש לאחר שינוי תאריכים בתיאום ובאישור: על מנת לשמור על רצף התהליך הטיפולי ומתוך רצון לא לחייב אתכם בדמי ביטול, אנו נחפש תאריך חלופי באותו שבוע בדרך כלל בשעות הבוקר! (או אם יתאפשר טיפולית, מפגש כפול בסמיכות למועד המפגש הקבוע). אם לא ינוצל הזמן אשר יוצע, ירד כאמור התשלום מרצף התשלומים ולא יוחזר טיפול.

התאמת המטפל:

כפי שמצויין בחוברת בעמ' 13, במרכז צוות טיפולי. לאחר קיום פגישת הקלט, ד"ר יוני יחליט עמכם מי המטפלים המתאימים. אם ברצונכם לבחור במטפל או בתהליך מסוים, יש לידע אותנו מראש ואנו נבחן את ההתאמה ונעשה מאמץ להיענות לבקשתכם.

במהלך הטיפול, יתכן ויהיה צורך בהחלפת המטפל / איש צוות - הן מסיבה טיפולית או מערכתית, כגון מחלה, מילואים וכדו'. בכל מקרה המפגשים יתקיימו על פי התכנית הטיפולית.

עלויות:

עלות מפגש כוללת:

- הנחיה, סיוע טיפולי, תהליך חינוכי • עלויות שוטפות וספציפיות לבעלי חיים • ביטוח המטופל
- פגישות ושיחות טלפוניות עם ההורים, מורים וצוות טיפולי אחר, ברמת סבירות הגיונית • כמובן ופעמים נקבע פגישות להנחיית הורים/ מורים, **בתשלום**.

| המטפל | יחידה אחת, 45 דקות | 2 יחידות, שעה וחצי |
|---|--------------------|--------------------|
| ד"ר יוני יהודה | 400 ש"ח | 700 ש"ח |
| מסייע טיפולי / רכיבה טיפולית | 215 ש"ח | 375 ש"ח |
| מדריך/ה מלווה/סטודנט ב-doing או ברכיבה | 110 ש"ח | 210 ש"ח |
| Eagala טיפולי - מיני 3 מטופלים (2 מטפלים) | | 465 ש"ח למשתתף |

- עלות מטפלים אחרים - בהתאם למקרה ולצרכים.

- עלות אחזקת החיות והביטוחים צמודה לתהליכים ותנודות במשק, ועל כן ייתכנו שינויים בעלות המפגש.

- למפגשים המתקיימים מחוץ למרכז חוויות, יש להוסיף ביטול זמן ונסיעות.

- המחירים כוללים מע"מ.



נספח למופנים ע"י המוסד לביטוח לאומי:

- ◀ מופני המוסד לביטוח לאומי זכאים לסדרות טיפוליות של שישה חודשים (24 עד 26 מפגשים) של טיפול בעזרת בעלי חיים או רכיבה טיפולית.
- ◀ עליכם להביא הפניה מפורטת, אבחונים מלאים לצד מילוי טפסי האנמנזה המצורפים בזאת. חומר זה יהווה בסיס לקביעת תכני התהליך הטיפולי.
- ◀ סדרה זו כוללת בתוכה את פגישת הקלט ואת מפגשי ההכרות והתאמה- בהתאם לצורך.
- ◀ התהליך הטיפולי - סדרה עוקבת סדרה, עפ"י החלטות המוסד לביטוח לאומי.
- ◀ אין צורך בתשלום למרכז חוויות (התשלום מתבצע ישירות על ידי הביטוח הלאומי).
- ◀ בתחילת התהליך הטיפולי יימסר למטופל רצף המפגשים הטיפוליים. המטופל יחתום במשרד על טופסי הביטוח הלאומי עפ"י התאריכים בתוכנית הטיפול המתוכננת.

אופן התשלום - עבור המפגשים במרכז חוויות:

כדי ליצור התקשרות ותקפות ביטוחית על התשלום להיות מופקד **מראש** ומתבצע באחת מן הדרכים הבאות:

- **ניתן לשלם בצ'קים דחויים** ל-1 בכל חודש בו מתבצעים המפגשים, לפי המועדים והסכומים הנקובים בדף "תכנית הטיפול" אותו אתם מקבלים בתחילת התהליך לאחר פגישת הקלט. את הצ'קים נא לרשום לפקודת "מרכז חוויות" ויש למסרם לפני המפגש הטיפולי הראשון. אם יתווספו או יתבטלו פגישות, יקוזזו הסכומים האלה מהתשלום האחרון, או במעבר לסדרה נוספת והפקדת צ'קים נוספים.

- תשלום על ידי **הוראת קבע** ל-1 בכל חודש בו מתבצעים המפגשים. יש להביא אישור מהבנק על חתימה להוראת קבע. (הוראת הקבע צריכה להתייחס לסכומים המשתנים המצויינים בדף "תכנית הטיפול").

ארבעת מפגשי ההתאמה:

- התשלום עבור פגישת הקלט עם ד"ר יוני יהודה יתבצע בתחילת מפגש הקלט.
- התשלום עבור מפגשי ההתאמה עם ד"ר יוני יהודה יתבצע גם כן במפגש הקלט.
- התשלום עבור פגישת הקלט, יקוזז מרצף עלויות המפגשים (מהתשלום האחרון), רק בתהליך מלא, דהיינו **4 מפגשי התאמה עם ד"ר יוני יהודה + 24 מפגשי טיפול**.

- המפגש הטיפולי מתקיים בכל מזג אוויר.

- **בשל הרצון לשמור על דיסקרטיות ככל האפשר ותחושה נעימה לעוברים את התהליך, אנו מבקשים להגיע בזמן. אם הקדמתם יש להמתין מחוץ למרכז בטיילת/ברכב - עד לזמנכם. במקרים חריגים כגון מזג אוויר וכד' ניתן בתיאום מראש לשהות באחד מחדרי הטיפול (בצריף) כל עוד אין זה מפריע לתהליכים טיפוליים במרכז.**

- **מסיבות בטחוניות וביטוחיות, אין להחנות רכבים בכניסה למרכז חוויות וברחובות הסמוכים. הנכם מתבקשים להחנות רכבכם מחוץ לשער הישוב, מימין ומשמאל, בחניה המסודרת הסמוכה לשומר ולעלות במדרגות.**

- **בעלי צרכים מיוחדים המתקשים, ניתן להוריד את המטופל בשער מרכז חוויות ולאחר קליטתו ע"י נציג "חוויות" יש להחנות את הרכב כפי שהוסבר לעיל. כמו כן, ישנה חניה ציבורית בהמשך הרחוב בסמוך לאלום "שמחת שני" ובתי הכנסת כ-100 מ' ממרכז חוויות.**

שאלון אנמנזה על המטופל - חלק א'

אנא מלאו שאלון זה בכתב ברור ובפירוט רב ושילחו אלינו בדואר לכתובת: מרכז חוויות, אלעזר 90, גוש עציון, 9094200 לפני תחילת מילוי הטפסים, עיינו בהם ורק אח"כ השיבו באופן מלא, תוך התייחסות להנחיות ולהפניות בגוף השאלון. (ככל שתפרטו יותר כך נוכל להתקדם בתהליך מהר יותר).

שם מקבל ובודק החומר _____

למילוי ע"י מרכז חוויות

תאריך הגעת הטפסים _____

יש לציין אם היו שיחות טלפון, תאריך, עם מי וסיכום. _____

תאריך אישור תחילת טיפול _____

תאריך מילוי השאלון _____ שם ממלא השאלון וקרבתו למטופל _____ טל' _____ נייד _____ מייל _____

אודות המטופל:

שם _____ שם משפחה _____ ת.ז. _____ תאריך לידה _____ גיל _____ גובה _____ משקל _____

כתובת: רח' _____ מס' בית _____ עיר/יישוב _____ מיקוד _____ טלפון בבית _____ פקס בית _____ נייד _____ מייל _____

קופת חולים (סוג הביטוח) _____ מס' כרטיס מגנטי _____ עיסוק _____ מקום עבודה _____ מצב משפחתי: נשוי גרוש רווק, מס' ילדים _____

אודות בן/בת הזוג:

שם בן/בת הזוג _____ גיל _____ עיסוק _____ נייד _____ מייל _____

הערות: _____

אודות הילדים:

1. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 4. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 7. שם _____ גיל _____ עיסוק _____

2. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 5. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 8. שם _____ גיל _____ עיסוק _____

3. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 6. שם _____ גיל _____ עיסוק _____ 9. שם _____ גיל _____ עיסוק _____

אודות ההורים:

שם האב _____ גיל _____ עיסוק _____ נייד _____ מייל _____
 הערות: _____

שם האם _____ גיל _____ עיסוק _____ נייד _____ מייל _____
 הערות: _____

אודות האחים:

- | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| שם _____ גיל _____ עיסוק _____ | שם _____ גיל _____ עיסוק _____ | שם _____ גיל _____ עיסוק _____ |
| שם _____ גיל _____ עיסוק _____ | שם _____ גיל _____ עיסוק _____ | שם _____ גיל _____ עיסוק _____ |
| שם _____ גיל _____ עיסוק _____ | שם _____ גיל _____ עיסוק _____ | שם _____ גיל _____ עיסוק _____ |

תארי/ בקצרה אודות מערכות היחסים במשפחה בה גדלת:

שאלון אנמנזה על המטופל - חלק ב'

סיבת הפניה:

יחסים במשפחה: (חמה, אוהבת, מתוחה, רועשת, קרובה, וכדו')



פרטים התפתחותיים של המטופל:

הריון ולידה: (ככל הידוע לך)

התפתחות כללית:

תפקוד בהווה (בבית, בלימודים, בעבודה ובכלל):

הופנה על ידי

טל' _____ נייד _____ מייל _____

אנא פרט מדוע את/ה פונה כעת?

הסטוריה משפחתית (נא לציין ארועים משמעותיים חריגים בעבר, מחלות תורשתיות, קשיים, אשפוזים, מעברי דירה, גירושין, מוות של אדם קרוב וכדו'):

שאלון אנמנזה על המטופל - חלק ג'

מוסדות לימודיים

נא לציין תפקוד כללי, יחסים חברתיים, תפקוד בפן הלימודי, בפן הנפשי, בפן הקוגניטיבי וכו'

תיכון:

צבא:

השכלה גבוהה:

האם נוטל תרופות? אם כן אלו? _____

הרופא/ה המטפל/ת _____ פרטי קופ"ח

מס' טלפון _____ נייד _____

כתובת _____ מייל _____

היסטוריה של המצב/המחלה הנוכחית (אם מדובר במטופל עם לקות או מחלה פיזית או נפשית):

שאלון קליטה



4

אנא ציינו פרטים רפואיים - אלרגיות, מחלות שונות, אסטמה, אפילפסיה, סוכרת וכדו':

מסגרות נוספות בהן המטופל משתתף - תחביבים ופעילויות אחרות וכדו':

טופס תיאום ציפיות לסיוע טיפולי בעזרת בעלי חיים - A.A.T (תיאום ציפיות לרכיבה הטיפולית בעמוד הבא)

אנא צפו בסרט ועיינו בחומר המצורף תוך דגש על עמודים 8-9 בחוברת, ולאחר מכן ענו על השאלות.

מדוע בחרת בטיפול בעזרת בעלי חיים?

1.

2.

3.

4.

מה את/ה מצפה שיקרה במהלך התהליך עצמו, ובסופו?

באלו תחומים ברצונך להתמקד בטיפול בעזרת בעלי חיים?

1.

2.

3.

4.

כמה זמן לדעתך יקח התהליך?

מה הן המטרות החשובות ביותר לדעתך שיש להתייחס להן? אנא דרגי/ במספר 1 את המטרה החשובה ביותר לדעתך.

1.

2.

3.

4.

הערות נוספות:

בהתייחס למטרה החשובה ביותר, ציין שני ספציפי בחיי היום-יום שיעיד לדעתך על ההתקדמות הרצויה, כיצד תמדוד התקדמות / הצלחת התהליך?

טופס תיאום ציפיות לרכיבה הטיפולית (תיאום ציפיות ל-A.A.T. בעמוד הקודם)

אנא צפו בסרט ועיינו בחומר המצורף תוך דגש על עמוד 11 בחוברת, ולאחר מכן ענו על השאלות.
מדוע בחרת בטיפול באמצעות רכיבה על סוסים?

מה את/ה מצפה שיקרה במהלך התהליך עצמו, ובסופו?

באלו תחומים ברצונך להתמקד ברכיבה הטיפולית?

כמה זמן לדעתך יקח התהליך?

מה הן המטרות החשובות ביותר לדעתך שיש להתייחס להן? אנא דרג/י במספר 1 את המטרה החשובה ביותר לדעתך.

הערות נוספות:

בהתייחס למטרה החשובה ביותר, ציין שני ספציפי בחיי היום-יום שיעיד לדעתך על ההתקדמות הרצויה, כיצד תמדוד התקדמות / הצלחת התהליך?

E.A.G.A.L.A. - טופס תיאום ציפיות לטיפול באיגלה - E.A.G.A.L.A.

אנא צפו בסרט ועיינו בחומר המצורף תוך דגש על עמוד 17 בחוברת, ולאחר מכן ענו על השאלות.
מדוע בחרת בטיפול באמצעות E.A.G.A.L.A.?

מה את/ה מצפה שיקרה במהלך התהליך עצמו, ובסופו?

באלו תחומים ברצונך להתמקד ב-E.A.G.A.L.A.?

כמה זמן לדעתך יקח התהליך?

מה הן המטרות החשובות ביותר לדעתך שיש להתייחס להן? אנא דרג/י במספר 1 את המטרה החשובה ביותר לדעתך.

הערות נוספות:

בהתייחס למטרה החשובה ביותר, ציין שני ספציפי בחיי היום-יום שיעיד לדעתך על ההתקדמות הרצויה, כיצד תמדוד התקדמות / הצלחת התהליך?

טופס התחייבות על תשלומים

אני הח"מ מר/גב' _____ בעל ת.ז. _____
 מצהיר בזאת כי הבנתי את נהלי התשלום במלואם ואני מתחייב לעמוד בהם.

- ◀ אני מתחייב למסור צ'קים דחויים על פי רשימת הטיפולים והמועדים שאקבל דהיינו תשלום ל-1 בכל חודש לועזי בו מתקיימים מפגשים, על פי היקף המפגשים והתעריף שנסגר, עבור השהות/הטיפול במרכז. ידוע לי כי אי תשלום בזמן עלול לפגוע בקיום רצף המפגשים ולכן גם באיכות התהליך הטיפולי.
- ◀ ידוע לי שביטול הפגישה תוך פחות מ-48 שעות ממועד המפגש - מחייב במלוא התשלום, תוך 72 שעות מחייב ב-50% מסך התשלום. למופנים ע"י קופת חולים - ידוע לי כי התחייבות הקופה לא מכסה ביטולים, ויהיה עלי לשלם את עלויות הביטול באופן ישיר.
- ◀ עלות אחזקת החיות והביטוחים צמודה לתהליכים במשק, ועל כן ייתכנו שינויים בעלות המפגש. למפגשים המתקיימים מחוץ למרכז חוויות, יש להוסיף ביטול זמן ונסיעות.
- ◀ אני מתחייב לשלם עם הגיעי למפגש הקלט - 540 ש"ח עבור תהליך הקלט וכן 2,800 ש"ח עבור מפגשי ההתאמה. (בתהליך מלא עלות הקלט - 540 ש"ח, כלולה בעלויות רצף המפגשים ותקוזה בהמשך).
- ◀ כמו כן אני מצהיר בחתימתי שקראתי את החומר במלואו ואני מבינו. אני יודע, מסכים לכך שמפגשי הטיפול יתקיימו בשעות ה**בוקר** ולעיתים בשעות אחה"צ/ערב.
- ◀ ידוע לי כי ההתקשרות מול מרכז חוויות הינה בכתב דרך המייל: havayot.center@gmail.com או בפקס' 02-9309195 בלבד.
- ◀ ידועים לי נהלי חניה והמתנה.

אשר על כן באתי על החתום

חתימה

תאריך

טופס החתמה על ביטוח ונהלי המרכז

אני הח"מ מר/גב' _____ בעל ת.ז. _____

- ◀ מאשר בזאת כי אני מודע לסיכונים הכרוכים ברכיבה על סוסים ובהימצאותי בסביבת בעלי חיים ב"מרכז חוויות" בכלל.
- ◀ ידוע לי כי על אף כל אמצעי הזהירות הננקטים על ידכם ולאור הסיכונים כאמור לעיל אין זה מן הנמנע כי אני עלול/ה להיפגע במהלך פעילות זו.
- ◀ אני מתחייב/ת להקפיד על כל הנהלים הבטיחותיים הנהוגים במרכז ובפרט להקפיד על רכיבה עם קסדת מגן, נעילת נעליים סגורות - עדיף גבוהות, להישמע לכל הוראות הצוות ולא להיכנס ו/או להכניס אצבעות או לפתוח כלובים ללא אישור.
- ◀ אני מאשר/ת את הצטרפותי לנסיעות לווטרינר, לקניית ציוד ומזון לבעלי החיים.
- ◀ אני מודע לכך שאם לא אשלם חובי למרכז במועד שנקבע, דהיינו תשלום ל-1 בכל חודש לועזי בו מתקיימים מפגשים, על פי היקף המפגשים והתעריף שנסגר - לא אהיה מכוסה על ידי ביטוח המרכז.

אשר על כן באתי על החתום

חתימה

תאריך

