

附件 1

臺北市府原住民族事務委員會

臺北市原住民心理健康支持實施計畫心理諮商服務明細

服務機構名稱：					
受諮 商者	姓名：			年齡：	歲
	身分證字號：			族別：	
服務 次數	日期 年/月/日	心理諮商服務 提供人員姓名	執行方式 (面對面 /通訊)	諮商議題 (可複選)	計畫資訊管道 (可複選)
1			☐ 面對面 ☐ 通訊	☐ 自我探索、個人 認同發展、心靈 成長	☐ 親朋好友 ☐ 網路社群媒體
2			☐ 面對面 ☐ 通訊	☐ 生涯探索與規劃 ☐ 親密關係與感情 議題	☐ 廣告宣傳 ☐ 網路搜尋 ☐ 實體刊物
3			☐ 面對面 ☐ 通訊	☐ 家庭議題與親子 關係	☐ 電子書
4			☐ 面對面 ☐ 通訊	☐ 人際社交議題	☐ 服務機構提供 ☐ 其他_____
5			☐ 面對面 ☐ 通訊	☐ 一般壓力調適、 重大創傷後調適	_____
6			☐ 面對面 ☐ 通訊	☐ 情緒困擾與障礙 ☐ 職場適應 ☐ 其他_____	
本服務機構保證上述所填各項資料及所附文件均為事實，且未向其他方案申請補助或報支，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。 服務機構主管蓋章或簽名： 日期： 年 月 日					

註：本計畫補助每次心理諮商所生之諮商費用，每人每年最多補助6次，每次最高補助新臺幣1,600元整，且應於當年12月31日以前提出申請。