



**APPLICATION FORM FREE COUNSELLING
CONFIDENTIAL INFORMATION SHEET
Aplikacja o Darmową Psychoterapię**

NAME.....
(First name(s)) (Surname)

Imię i nazwisko

ADDRESS

CONTACT : Mobile.....Email:

AGE..... DATE OF BIRTH..... OCCUPATION.....
Wiek Data urodzenia Zawód

WORK PLACE:NUMBER OF WORK HOURS:
Miejsce pracy Liczba godzin w pracy w tygodniu

MARITAL STATUS..... NUMBER OF CHILDREN.....
Stan cywilny Liczba dzieci

WEEKLY INCOME:
Dochód tygodniowo:

EXPENSES:
Wydatki:

Cost of my accommodation per week
Koszt czynszu tygodniowy:

I pay in childcare costsfor..... children.
Koszt opieki nad dzieckiem na ile dzieci

I have a spouse/partner and they live with me or I have a spouse/civil partner who does not live with me but I pay in maintenance each week/ month (delete as appropriate)

.....
Mieszkam z partnerem/ który żyje ze mną/ który żyje oddzielnie/ place alimenty w wysokości.....
Niepotrzebne skreślić

I have children who live with me (or whom are in full time education and live in student accommodation) and/or I have children who do not live with me and I pay per child in maintenance each week/ month (delete as appropriate)
Mam dzieci, które mieszkają ze mną/ które są na studiach i mieszkają oddzielnie ale place za ich zakwaterowanie i/lub dzieci nie mieszkają ze mną a ja place alimenty w wysokości na tydzień /miesiąc
Niepotrzebne skreślić

I have other dependents who live with me details
Mam inne osoby na utrzymaniu - jakie?

1. Please state the nature of the main problem:
Opisz problem:

.....
.....
.....

2. Doctor's details.....
Dane lekarza:

3. Are you currently receiving medical treatment? YES / NO

If yes, please indicate what treatment and/or medication you are receiving:

Czy obecnie sie leczysz? Jeśli tak, jakie leki zażywasz?

4. Do you have a referral letter from your GP/ other agency? YES / NO

If yes, please attach scanned letter

Czy masz list referujący Ciebie do terapii od lekarza albo z innej instytucji? Jeśli tak załącz kopię

5. Every effort will be made to offer counselling at a time convenient for you.

Please indicate the days (Mon – Fri only) and times you are available for **counselling**:

(If you can be flexible, the waiting time is likely to be reduced.)

Poczynimy wszelkie starania, aby ustalić Tobie najodpowiedniejszy termin, proszę zaznaczyć, jaki dzień tygodnia do terapii Tobie pasuje oraz godziny.

Checklist:

Sprawdź czy załączyłeś kopie:

Please check that you have included with your application, copies of:

- A recent payslip, if you work
Ostatni payslip jeśli pracujesz
- A recent Social Welfare receipt or other proof of payment, if you claim Social Welfare
Ostatni odcinek z social welfare jeśli nie pracujesz
- Your most recent Notice of Assessment from Revenue or recent set of accounts, if you are self-employed
Twoje ostatnie rozliczenie roczne, jeśli jesteś samozatrudniony

DECLARATION - Please read carefully before you sign

Deklaracja – przeczytaj uważnie nim podpiszesz

1. I confirm that all the information I have given on this form is correct and I have not deliberately left anything out.

Potwierdzam swoim podpisem że wszystkie informacje są zgodne z prawdą

2. I understand that due to limited funding going towards Free counselling session's decision to receive free counselling sessions is based on information provided above and it's at the discretion of counselor after full assessment of my situation.

Rozumiem, iż z powodu ograniczonego dofinansowania, decyzja, co do uzyskania darmowych sesji psychoterapii opiera się na informacjach dostarczonych przez Ciebie i zależy od terapeuty prowadzącego po ocenie Twojej sytuacji.

3. I understand that Data Protection and Freedom of Information the U-Clinic will treat all information and personal data you give as confidential.

Rozumiem że wszystkie te dane są ściśle poufne i wszystkie dane osobiste są chronione przez Together-Razem.

4. I understand that processing time of this application may vary from 7 till 21 working days. Rozumiem że ta aplikacja będzie rozpatrzona w terminie od 7 do 21 dni.

5. If any details on this form change I will inform my counsellor.

Jeśli jakieś dane ulegną zmianie powiadomię Poradnie U-Clinic o zmianie.

Signature.....

Date.....