

附件 1

**臺北市政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			<input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊	<input type="checkbox"/> 自我探索、個人 認同發展、心靈 成長	<input type="checkbox"/> 親朋好友 <input type="checkbox"/> 網路社群媒體
2			<input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊	<input type="checkbox"/> 生涯探索與規劃 <input type="checkbox"/> 親密關係與感情 議題	<input type="checkbox"/> 廣告宣傳 <input type="checkbox"/> 網路搜尋
3			<input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊	<input type="checkbox"/> 家庭議題與親子 關係	<input type="checkbox"/> 實體刊物 <input type="checkbox"/> 電子書
4			<input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊	<input type="checkbox"/> 人際社交議題	<input type="checkbox"/> 服務機構提供 <input type="checkbox"/> 其他_____
5			<input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊	<input type="checkbox"/> 一般壓力調適、 重大創傷後調適	_____
6			<input type="checkbox"/> 面對面 <input type="checkbox"/> 通訊	<input type="checkbox"/> 情緒困擾與障礙 <input type="checkbox"/> 職場適應 <input type="checkbox"/> 其他_____	_____
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">服務機構主管蓋章或簽名：</p> <p style="text-align: right;">日期：      年      月      日</p>					

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。