

فرم ارزیابی مراکز غیردولتی مشاوره و خدمات روانشناختی

استان: \_\_\_\_\_ شهرستان: \_\_\_\_\_ تاریخ بازدید: \_\_\_\_\_  
نام مرکز: \_\_\_\_\_  
نشانی مرکز: \_\_\_\_\_  
نام موسس: \_\_\_\_\_  
نام مسئول فنی: \_\_\_\_\_

وضعیت فیزیکی ساختمان

- ۱- آیا مشخصات تابلو مطابق با مفاد آیین نامه می باشد؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_
- ۲- آیا بهره برداری از واحد ساختمانی مربوطه مطابق مفاد آیین نامه است؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_
- ۳- آیا بهداشت و نظافت مرکز رعایت می شود؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_
- ۴- آیا مجوز بهره برداری مرکز در معرض دید مراجعان نصب شده است؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_
- ۵- آیا تعرفه ها به میزان ابلاغ شده در معرض دید مراجعان نصب شده است؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_
- ۶- آیا فهرست اسامی کارکنان و رشته تخصصی آنان و ساعات کار مرکز در معرض دید مراجعان نصب شده است؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_
- ۷- آیا مرکز حداقل یک خط تلفن مستقل دارد؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_
- ۸- آیا مسئول فنی در زمان بازدید در مرکز حضور دارد؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_
- ۹- آیا نیروی انسانی حاضر در مرکز مطابق آیین نامه است؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_

وضعیت پرسنلی مرکز

- ۱۰- آیا فرمهای مرتبط در کایه پروندهها موجود است؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_
- ۱۲- آیا اطلاعاتها دقیق و کامل ثبت می شود؟  
 خیر  بلی  
توضیح: \_\_\_\_\_

۱۳ - آیا مشاوره یا درمان گروهی در مرکز انجام می شود؟  بلی  خیر

توضیح:

۱۴ - آیا کلاس های آموزشی برگزار می شود؟  بلی  خیر

توضیح:

۱۵ - آیا مجموعه های آموزشی در مرکز وجود دارد؟  بلی  خیر

توضیح:

۱۶ - آیا مرکز فعالیت مددکاری دارد؟  بلی  خیر

توضیح:

توضیحات تکمیلی

۱۷ - آیا مشکلات و موانع و محدودیت های دیگری وجود دارد؟ (با تشریح دلایل)

---

---

---

---

۱۸ - آیا نکات مثبت (ساختاری و عملکردی) بالاتر از استانداردهای آیین نامه وجود دارد؟

---

---

---

---

۱۹ - چه اقداماتی جهت بهبود وضعیت مرکز به مسئول فنی پیشنهاد می کنید؟

---

---

---

---

۲۰ - چه اقدامی را در خصوص این مرکز به کمیته استانی پیشنهاد می کنید؟

---

---

---

---

کارشناس مسئول مشاوره و خدمات روانشناختی

نام و نام خانوادگی

امضاء

کارشناس ناظر استانی

نام و نام خانوادگی

امضاء