# CFA_logoHENVISNING

*Bedes udfyldt elektronisk eller med BLOKBOGSTAVER*

***Vær opmærksom på, at samtykkeerklæring vedr. e-Boks (s.3) skal udfyldes og medsendes henvisningen***

Undertegnede ønsker at gøre brug af Center for Autisme i forbindelse med

**Behandlingstilbud til børn, unge og voksne med  
en autismespektrumsforstyrrelse og angst og/eller OCD**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Har personen/barnet/familien tidligere  modtaget ydelser fra Center for Autisme? Ja Nej | | | |
| **Navn på** ***barnet/personen med ASF:*** | Cpr.nr.:  E-Mail: |
| **Adresse:** | Tlf.:  E-Mail: |
| **Når relevant og altid når barnet er under 18 år,**  **skriv venligst forældres navn og adresse:** | Tlf.:  E-Mail: |
| **Institution/skole/værkstedstilbud/job:** | Tlf.:  E-mail: |
| **Navn og kontaktoplysninger på forældre eller støttekontaktperson,**  **som skal deltage i hele eller dele af forløbet:** | Tlf.:  E-mail: |
| **Adresse/r (hvis ikke anført i tidligere felt):** | | |
| ***Giv en kort beskrivelse af angst/OCD-problematik, diagnose(r) og barnets/den unges funktionsniveau*** | | |
| Vigtigt – Kopi af aktuelle relevante beskrivelser (psykiatriske, psykologiske og socialfaglige udredningsrapporter og seneste institutionsudtalelser) bedes vedlagt henvisningen til brug for forberedelse af forløbet. | | |
| **Bevillingsdato: Underskrift af ansvarlig:**  **(jeg bekræfter samtidigt at have læst priser og betalingsbetingelserne pr. januar 2019 – se side 2)** | | |
| BETALINGSINSTANS (SKAL UDFYLDES), fakturaen sendes til: | | |
| Navn på kommune/privat e.a.: Afd.: | | |
| **EAN-lokationsnummer:** **Bruger-ID/Andet:** | | |
| Adresse:  Postnr.: By: | | |
| Att. person (BLOKBOGSTAVER): | | |
| Tlf.: E-mail: | | |
| Bevillingen dækker ***15 sessioner a 45 minutter.***  Første session vil bestå af et visiterende/afklarende møde med personen med ASF, den betalende instans og den eller de pårørende eller professionelle, som skal støtte personen i behandlingsforløbet.  I forløbet foretages løbende en vurdering af om personen med sandsynlighed vil kunne profitere af behandlingen. Såfremt det vurderes, at personen ikke vil kunne profitere, betales kun for de afholdte sessioner.  Bevillingen dækker desuden en tilbagemelding på 1-2 A4-sider. Herfor beregnes **1,5 session ekstra.**  Der foretages en vurdering af behandler efter 10-12 sessioner, og der gives anbefaling til den betalende instans, som tager endelig stilling til, om forløbet eventuelt skal forlænges.  Hvis ydelsen foregår uden for Center for Autisme, tillægges transporttid og -udgifter til familiens/institutionens adresse (se side 2). Ønskes dette ikke, sæt kryds her: | | |
| **Priser og betalingsbetingelser pr. 1. januar 2019**  **(der tages forbehold for prisstigninger)** Behandlingstilbud til børn, unge og voksne med en autismespektrumsforstyrrelse og angst  og/eller OCD: **Kr. 1.350 pr. session**  Hvis en aftale aflyses samme dag, faktureres 1 session (aflysning til mandag kan dog indtales på telefonsvareren 4498 2355 inden kl. 9.00 mandag morgen). | | |
| Samtaler uden for Center for Autisme Hvis samtalerne foregår uden for Center for Autisme, tillægges kilometergodtgørelse efter gældende sats (p.t.kr. 3,54 pr. km) samt evt. parkeringsafgift. Dertil kommer transporttid (kr. 800 pr. time). Al kørsel beregnes fra Center for Autisme, som følger:  1 time t/r: Albertslund, Ballerup, Brøndby, Dragør, Frederiksberg, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Glostrup, Herlev, Hvidovre, Høje-Taastrup, Ishøj, København, Lyngby-Taarbæk, Rødovre, Tårnby, Vallensbæk  1½ time t/r: Allerød, Egedal, Fredensborg, Frederikssund, Greve, Gribskov, Halsnæs, Helsingør, Hillerød, Hørsholm, Køge, Lejre, Roskilde, Rudersdal, Solrød  Øvrige Danmark afregnes med den faktiske transporttid (kr. 800 pr. time). | | |
| Betalingsbetingelser 14 dage fra fakturadato. Ved overskridelse påløber renter 1½ % pr. påbegyndt måned og rykkergebyr kr. 100. | | |

Når dette skema er udfyldt og ***underskrevet*** af betalingsinstansen, sendes det via sikker e-mail,

[sikkermail@centerforautisme.dk](mailto:sikkermail@centerforautisme.dk) eller fax: 44 98 23 53 eller almindelig post til Center for Autisme, Herlev Hovedgade 199, 2730 Herlev



SAMTYKKEERKLÆRING

Efter ikrafttrædelsen af den nye lovpligtige persondataforordning er det nødvendigt, at du er tilmeldt e-Boks for at kunne modtage elektronisk post fra Center for Autisme.

Er du tilmeldt e-Boks/vil du tilmelde dig e-Boks JA\_\_\_\_ NEJ\_\_\_

Hvis du ikke er tilmeldt e-Boks kan du gøre det på [www.e-boks.dk](http://www.e-boks.dk) ved brug af NemID

Når du er tilmeldt e-Boks får du automatisk en e-mail på den mailadresse du har angivet, når der er post til dig i e-Boks.

Vi opfordrer dig derudover til at tilmelde dig NemSMS således at du også får en SMS når der er post til dig i e-Boks.

Du kan tjekke om du er tilmeldt NemSMS eller tilmelde dig således:

* Log ind på e-Boks
* Vælg Menu øverst til højre
* Under Indstillinger vælg Profil
* Udfyld telefonnummer, hvis det ikke allerede står der, klik OK
* Under Tilmeldinger vælg NemSMS

Jeg bekræfter ved underskrift på denne erklæring, at jeg giver samtykke til at Center for Autisme (CfA) under mit forløb må sende materiale til mig via min e-Boks, og at jeg er bekendt med, at jeg kan læse mere om persondataloven på [www.datatilsynet.dk](http://www.datatilsynet.dk).

Vi gør samtidig opmærksom på, at vi i henhold til Psykologloven pr. 1. juli 2017 skal opbevare oplysninger i mindst 5 år.

|  |  |
| --- | --- |
| Navn: | CPR nr.: |
| Dato og underskrift: | |