

정신분석적 자문 및 치료 서비스



Psychoanalytic Association of New York

One Park Avenue, 8th Floor ▪ New York, NY ▪ 10016
전화번호: 646-754-4870 ▪ 전용 팩스 : 646-754-9540
이메일: nyu.pi@nyulangone.org

상담 신청서 내는 방법 :

이메일 : nyu.pi@nyulangone.org

팩스 : 646-754-9540

우편: **Psychoanalytic Association of New York**
c/o Institute for Psychoanalytic Education
NYU Department of Psychiatry
One Park Avenue, 8th Floor
New York, NY 10016
(치료는 상기 행정 사무실에서 이뤄지지 않습니다)

Psychoanalytic Association of New York (이하 "IPE"로 약칭)는 히포크라테스의 개인 비밀유지 서약을 준수합니다. 상담 신청서를 내시면 사생활을 존중하고 비밀을 유지하기 위해 최선의 노력을 다할 것입니다. 치료 서비스를 이용하기 위해서 신청서를 접수하시는 방법은 세가지입니다. 이메일로 접수하실 경우, 이메일의 특성상 안전을 완전히 보장할 수 없음을 이해해주시기 바랍니다. 팩스를 이용하시는 경우, 팩스는 IPE 전용, 비공개 팩스임을 알려드립니다. 신청서를 상기 주소로 보내실 수도 있습니다. 모든 과정은 접수비를 납부해야 진행이 됩니다.

신청서 비용 50 달러를 내는 방법 :

이 비용은 NYU community에 내는 비용으로 수납 이후 반환되지 않습니다; 신청서에 이것을 기입해주시시오.

상담 신청서 접수비 50달러는 IPE에서 신청서를 수속하는 것과 최대 3회기의 자문이 포함되어 있는 비용입니다. 만약 약속을 지키지 않거나, 짧은 사전 통보로 약속을 취소하거나 과도한 지각 등으로 3번의 자문이 부족하다고 판단될 경우, 자문을 담당하는 치료자가 추가되는 회기에 대한 비용을 상호 합의하에 부과할 수 있습니다. 이런 상황이 발생할 경우에는 자문을 진행하는 치료자가 상의할 것입니다.

온라인으로 지불하는 법 (페이팔, 신용카드, debit, e-check):

- IPE 홈페이지를 클릭하십시오 <https://bit.ly/pny-cts-fee>
- "Pay Now" 를 클릭하고 페이팔 사이트의 지시에 따르십시오,

수표 또는 우편환으로 지불하는 방법

- 수표와 우편환의 경우 수취인(받는 이)는 "Institute for Psychoanalytic Education."입니다.
- 수표와 우편환을 상기 주소로 보내도 됩니다.

상담 신청서와 접수비를 지불한 이후 :

일단 상담신청서와 접수비를 내시면, IPE의 교직원(faculty member)중 한 명이 신청서를 점검하고, IPE 소속 치료자에게 초기자문을 의뢰할 것입니다. 만약 치료를 의뢰하기 전에 정보가 추가로 필요할 경우, 전화로 연락을 드릴 수 있습니다. 전체 과정은 접수 이후 1-2주 정도 걸릴 것입니다. 모든 치료 서비스가 IPE에 소속되어 있는 치료자를 통해서 이뤄지는 것은 아닙니다. 이것은 치료로 도움을 받을 수 있는 개인의 능력에 문제가 있는 것과 연관되어 있는 것은 아닙니다. 우리는 자문을 신청하시는 분에게 가장 도움이 되는 적절한 의뢰처를 찾기 위해 최선을 다하겠습니다. 또한 우리는 응급치료를 위한 기관이 아닙니다. 만약 응급치료가 필요한 경우에는 인근 응급실이나 가까운 병원 외래를 이용해주시기 바랍니다.

자문 및 치료 서비스를 위한 신청서

신청서 접수 일시:

개인정보

이름 :

성:

생년월일:

성별:

태어난 곳:

주소: City/State/Zip:

집 전화 번호:

직장 전화 번호:

휴대폰 번호:

연락 받기 원하는 연락처:

이메일:

신청서에 있는 이메일과 상기 주소로 연락을 받는 것이 괜찮으신가요? (체크해주시요.)

예

아니오

직업:

직장 혹은 학교명칭:

결혼 상태:

자녀의 수:

증상 또는 문제점

치료에 관심을 갖게 된 증상이나 문제점을 간단하게 기술해주시요.

전반적인 배경 및 과거력

이야기를 간단하게 자서전적으로 기술해 주십시오.

과거에 정신과, 정신치료 혹은 정신분석 치료를 받은 경험이 있다면, 치료자의 이름과 치료 기간, 그리고 방문 횟수를 기입해 주십시오.

약물 기왕력: 중요한 의료 병력, 약물, 수술, 사고 그리고 어린시절 질환을 일시를 포함해서 적어 주십시오.

치료비, 스케줄 그리고 장소와 관련한 아래의 정보는 적절한 치료자를 찾기 위한 것입니다		
장소		
정신분석과 정신치료는 맨하탄, 브룩클린, 롱아일랜드 그리고 웨스트체스터의 개인 사무실에서 이뤄집니다. 가능하다면 적절한 위치에 있는 치료자를 찾기 위해 노력하겠습니다.		
선호하는 지역을 적어주세요:		
가능하지 않은 지역은 어느 곳인가요?		
스케줄		
각 요일별로 치료가 가능한 시간대를 기입해주세요. (예 : 오전/오후 또는 오후 5시 이후)		
월:	화:	수:
목:	금:	토:
치료비 및 보험		
각 세션당 치료비는 상담 신청인의 수입, 보험 그리고 외부에서 지원을 받을 수 있는 것 등을 근거해서 의뢰인과 치료자가 결정하게 됩니다. 치료비는 회기당 75달러에서 시작합니다. 정신분석의 경우 치료 회기가 주 4-5회이므로 경우에 따라서 치료비는 낮아질 수 있습니다. 메디케어 또는 메디케이드는 받지 않음을 알려드립니다.		
현재 취업중이신가요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
매달 수입이 세전 얼마 인가요?		
현재 저축이 있으신가요?	있다면 얼마나 있으신가요?	
지원받을 수 있는 다른 방법이 있나요(예 : 가족)		
정신건강을 지원받을 수 있는 보험 프로그램이 있나요? <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니오		
만약 있다면 어떤 종류의 보험프로그램인가요?		
만약 정신건강보험으로 네트워크 외부를 이용할 수 있을때, 보험회사에 연락을 하셔서 아래의약정 내역을 확인하여 기입해주시시오.		
네트워크 외부(out of network)를 이용할 때 보상 관련 약정		
연간 네트워크 외부 공제액(deductible)		
보상 치료비의 비율(percentage):		
연간 네트워크 외부 최고 한도액 :		
보상이 되는 회기 숫자 :		

추가할 내용:

상담 및 치료 서비스에 대해서 어떻게 알게 되었나요?

<input type="checkbox"/> 의사로부터 의뢰:		
<input type="checkbox"/> 클리닉 혹은 병원에서 의뢰:		
<input type="checkbox"/> 친구/가족으로부터 의뢰	<input type="checkbox"/> 학회 홍보	<input type="checkbox"/> NYU 메디칼센터
<input type="checkbox"/> 인터넷 탐색	<input type="checkbox"/> 메일	
<input type="checkbox"/> 구글 후원 링크	<input type="checkbox"/> NYU 카운슬링 & 행동치료 서비스	
<input type="checkbox"/> 그외:		<input type="checkbox"/> 기억나지 않음

동의서

나의 상담 정보 그리고 IPE의 보호 하에 진행되는 치료는 나의 신원(identity)을 적절하게 감추고, IPE 내부에서 교육적인 목적으로 공유될 수 있음을 이해하고 동의합니다.

나는 IPE 자문 및 치료 서비스에 상담 신청서를 냈더라도, 경우에 따라서 IPE에 소속되어 있는 치료자로부터 치료를 받을 수 없음을 이해합니다. 정신치료 또는 정신분석을 하게 되는 것은 학회의 교육 기준과 치료를 제공할 수 있는 치료자 또는 분석가가 있을 때 가능합니다.

IPE가 자문을 의뢰할 때, IPE 학회 내에서 수련 중인 수련생에게 의뢰할 것을 이해합니다. 자문 의뢰는 IPE 교수진의 지도 감독하게 진행됩니다. 자문의 결과로 IPE 수련생의 치료로 이어질 수 있으며, 이는 지도 감독이 될 수도 있고, 때로는 안될 수도 있습니다. IPE는 의뢰 기관으로서 역할을 수행하는 것이며, 정신치료 또는 정신분석의 결과와 관련해서 책임을 지는 기관이 아닙니다. 나는 수련 중인 수련생의 개인 사무실에서 상담을 받게 될 것이며, 그 수련생이 나의 치료를 책임질 것입니다.

이메일로 제출하는 것은 내가 서명하는 것과 동일함을 이해합니다.

서명 이메일로 제출시에는 이름을 써주십시오	일시
-----------------------------------	-----------