

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o akredytację w EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego



APPLICATION FOR ACCREDITATION
AS A CBT THERAPIST
WNIOSEK O PRYZNANIE CERTYFIKATU EABCT

PLEASE FILL IN ENGLISH except the proper names (also degrees, positions and institutions) that may remain in Polish. Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami, w języku angielskim, pozostawiając w języku polskim nazwy własne, nazwy stopni stanowisk i tytułów naukowych.

Name Imię i nazwisko	
Title Tytuł	
Profession Zawód	
Job Title Tytuł zawodowy	
Address Adres zamieszkania	
Work Tel. Telefon	
Information and contact details to be put on the PTTPB webpage (Polish and English) Informacje i dane kontaktowe do zamieszczenia na stronie internetowej PTTPB (w języku polskim i angielskim)	
Mobile Tel Telefon komórkowy.	
email	

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

CRITERION ONE: Core Professional Training *KRYTERIUM 1: Wykształcenie*

Do you have a Core Professional Qualification, i.e. are you qualified in one of the recognized helping professions such as clinical psychology, counseling, nursing, medicine in which you have received training in the basics of psychotherapy? (CBT is not a core profession but a modality).

Czy uzyskał/a Pan/i wykształcenie w jednej z poniższych dziedzin, takich jak: psychologia kliniczna, medycyna, pielęgniarstwo a program studiów uwzględnił podstawy psychoterapii (Szkolenie w psychoterapii poznawczo-behawioralnej nie jest rozumiane, jako dziedzina, lecz jako a modalność)?

Please tick only one of the core professions below which is your main core profession in which you are qualified:

Proszę zaznaczyć tylko jedną z dziedzin, w której uzyskała Pan/i potwierdzone dyplomem wykształcenie

Psychology (psychologia)

- Clinical Psychology (*psychologia kliniczna*)
- Counseling Psychology (*poradnictwo psychologiczne*)
- Educational Psychology (*pedagogika*)
- Forensic Psychology (*psychologia sądowa*)
- Health Psychology (*psychologia zdrowia*)
- Occupational Psychology (*psychologia pracy*)
- Sport & Exercise Psychology (*psychologia sportu*)
- Other Psychology (please state) (*inne - proszę wymienić*): _____

Psychiatry (psychiatria)

- Psychiatrist (*specjalizacja z psychiatrii*):

Medicine (medycyna)

- General Practice (*medycyna ogólna*)
- Other Medicine with psychotherapy training (please state) (*inne - proszę wymienić*): _____

Nursing (pielęgniarstwo)

- Mental Health Nursing (*pielęgniarstwo psychiatryczne*)
- Other Nursing with psychotherapy training (please state) (*inne specjalności pielęgniarские*): _____

Allied Health Professions (zawody związane ze służbą zdrowia)

- Occupational Therapy (*terapia zajęciowa*)
- Other eg Speech, Physio (please state) (*inne rodzaje terapii – fizjoterapia, logopedia, proszę wymienić*): _____

Other Helping Professions (inne zawody związane z pomocą)

- Counseling (*poradnictwo*)
- Social Work (*pracownik społeczny*)
- Special Education/Needs – Teaching with additional psychotherapy training (*pedagogika specjalna z dodatkowym szkoleniem w psychoterapii*)
- Clergy (*duchowieństwo*)
- Other with psychotherapy training (please state) (*inne, proszę wymienić*): _____

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o akredytację w EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

Academic and professional qualifications applicable to the above [only include those relevant to Core Profession]. *Kwalifikacje związane z wymienionym wyżej wykształceniem (proszę wymienić tylko te kwalifikacje, które związane są z Pan/Pana wykształceniem określonym w kryterium 1)*

Dates from and to <i>Daty od-do</i>	Qualification <i>Kwalifikacje</i>	Awarding Body / Institution <i>Instytucja potwierdzająca uzyskanie kwalifikacji</i>

Certificates of above qualifications must be provided. Please attach the copy. Do not send originals.
Proszę załączyć kopie dokumentów potwierdzających uzyskanie w/w kwalifikacji. Proszę nie przysyłać oryginałów

I confirm that all the data above are true.
Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą
Signature Podpis: _____

CRITERION TWO - Professional Accountability **KRYTERIUM 2 Doświadczenie zawodowe pod patronatem**

Give details of practice since qualifying in your core profession during which you were accountable to a senior member of a relevant core profession.

Proszę wpisać informacje dotyczące Pani/Pana doświadczenia zawodowego (w dziedzinie opisanej w kryterium 1) zdobytego pod patronatem osoby bardziej doświadczonej w danej dziedzinie (np. kierownika specjalizacji, ordynatora, promotora, kierownika ZOZ itp.)

Dates <i>Daty</i>	Employer <i>Pracodawca</i>	Employed as <i>Stanowisko:</i>	Accountable to <i>Przełożony (imię i nazwisko):</i>	Professional position of person to whom accountable: <i>Stanowisko osoby, która pełniła rolę przełożonego/patrona/promotora</i>

CURRENT CBT Practice **Bieżąca praktyka w psychoterapii poznawczo-behawioralnej**

Give details of your practice since the cognitive-behavioural therapy license – the PTTPB Certificate or over the last two years including client population and setting:

Proszę opisać Pani/Pana praktykę psychoterapeutyczną (pracę z pacjentem/klientem) od momentu uzyskania Certyfikatu Psychoterapeuty Poznawczo-Behawioralnego PTTPB, lub w ciągu ostatnich dwóch lat)

Dates <i>daty</i>	Professional Position <i>stanowisko</i>	Employed by: or Private Practice <i>Pracodawca, lub nazwa praktyki prywatnej</i>	Professionally accountable to: <i>Imię i nazwisko przełożonego</i>	Client population <i>Rodzaj pacjentów/Klientów (np dorośli, dzieci i młodzież, specyficzne zaburzenia)</i>	Clinical Setting <i>(rodzaj terapii – indywidualna/grupowa; stacjonarna/ambulatoryjna itp)</i>	Full time or hours per week <i>(liczba godzin w tygodniu)</i>	Total % involving CBT <i>(odsetek czasu poświęcony na prowadzenie psychoterapii w nurcie poznawczo-behawioralnym - nie obejmuje: elementów terapii poznawczo behawioralnej w przebiegu farmakoterapii, czy terapii innych podejść)</i>

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o akredytację w EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

State the proportions of **CBT** time spent on Clinical Practice /Supervision/ Teaching/ Consultation/ Other (state) since the PTPPB Certificate or over the last two years

Proszę określić, jaki procent czasu poświęconego na terapię poznawczo-behawioralną (od uzyskania certyfikatu PTPPB, lub w ciągu ostatnich dwóch lat) zajmuje praktyka kliniczna/supervizji/nauczanie/konsultacje/ inne działania (jakie?)

Clinical Practice <i>Praktyka kliniczna</i>	% =
Supervision of others <i>Supervizja pracy innych terapeutów</i>	% =
Teaching <i>Nauczanie</i>	% =
Consultancy <i>Konsultacje</i>	% =
Receiving Training <i>Kształcenie się</i>	% =
Other <i>Inne</i>	
Additional comments on practice <i>Komentarz</i>	

CRITERION THREE: CBT Training. CBT Training before the PTPPB License

KRYTERIUM 3: Szkolenie w psychoterapii poznawczo-behawioralnej przed uzyskaniem Certyfikatu PTPPB

MAIN TRAINING in CBT (PTTPB Accredited training) Name and address of the Institution <i>Główne szkolenie podyplomowe w terapii poznawczo-behawioralnej rekomendowane przez PTTPB lub inne towarzystwo należące do EABCT – nazwa i adres instytucji szkolącej</i>	Chair of the training (Name) <i>Imię i nazwisko kierownika szkolenia</i>	start date <i>początek</i>	completion date <i>koniec</i>	Total number of hours <i>Całociowa liczba godzin szkolenia</i>

Please enclose the copy of the PTPPB certificate (*proszę załączyć kopię certyfikatu PTPPB*)

Additional trainings, workshops and courses not included in the curriculum of the main training in CBT, completed **before** getting the PTPPB Certificate/License

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o akredytację w EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

Dodatkowe szkolenia, staże, warsztaty konferencje i kursy nie włączone do programu głównego szkolenia w terapii poznawczo-behawioralnej ukończone PRZED uzyskaniem Certyfikatu PTTPB

Course Title <i>Nazwa i liczba godzin szkolenia</i>	Location <i>Organizator/ Miejsce</i>	Completion date <i>Data ukończenia</i>

Please enclose statement of achievement or certificate. Proszę załączyć kopię dokumentu ukończenia/uczestnictwa

It is the responsibility of individual applicants to do a matching of their training and experience against the criteria laid down in the Minimum Training Standards. Effectively in this section of the application you should evidence a total of 450 hours training in CBT, of which at least 200 hours have been led by named trainers.

You must also evidence that of the 450 hours training 225 hours have involved skills development.

Udokumentowanie szkolenia spełniającego minima programowe EABCT, zawarte w „Minimum Training Standards” leży w gestii osoby ubiegającej się o Certyfikat EABCT. W tej części formularza powinny znaleźć się informacje o udokumentowanych 450 godzinach szkolenia w psychoterapii poznawczo-behawioralnej, z czego co najmniej 200 godzin powinno odbyć się na szkoleniu prowadzonym pod nadzorem określonego kierownika szkolenia, a co najmniej 225 z 450 godzin powinno obejmować kształcenie umiejętności psychoterapeutycznych.

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

CBT Training AFTER the PTPPB License

Szkolenie w psychoterapii poznawczo-behawioralnej PO uzyskaniu Certyfikatu PTPPB

c). Detail any behavioural and/or cognitive therapy courses / seminars / workshops / lectures / placements that you have completed **after** receiving your PTPPB Certificate/License

Dodatkowe szkolenia, warsztaty konferencje i kursy w terapii poznawczo-behawioralnej ukończone PO uzyskaniu Certyfikatu PTPPB

Dates from and to <i>DATY</i>	Hours THEORY <i>Liczba godzin TEORII</i>	Hours SKILLS <i>Liczba godzin kształcenia UMIĘJĘTNOŚCI PRAKTYCZNYCH</i>	Qualification/ <i>Uzyskane kwalifikacje</i>	Teacher <i>Prowadzący szkolenie</i>	Awarding Body Institution <i>Instytucja</i>

Enclose a copy of relevant certificates or other evidence (*proszę załączyć kopię odpowiedniego dokumentu ukończenia szkolenia*)

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

Supervised Clinical Practice in Behavioural and/or Cognitive Therapy in Training

Praktyka w terapii poznawczej i/lub behawioralnej poddana superwizji podczas głównego szkolenia w terapii poznawczo behawioralnej

The Minimum Training Standards require that therapists will have conducted 200 hours of CBT clinical practice supervised during training and will have treated a minimum of 8 clients covering at least 3 types of problems. 4 of these cases will have been closely supervised and four will have been written up and assessed (2000 - 4000 words).

Minima programowe EABCT określają wymóg poddania superwizji podczas szkolenia 200 godzin praktyki terapeutycznej, poprowadzenia terapii co najmniej 8 pacjentów prezentujących co najmniej 3 rodzaje problemów. 4 z tych przypadków powinny być poddane ścisłej superwizji, zostać opisane (2000 - 4000 słów) i poddane ocenie.

Tick in the appropriate column the four clients that were written up and assessed by your supervisor (column A) and the four that were closely supervised using live, audio, video or other form of supervision (column C)

Proszę wpisać/ zaznaczyć w odpowiednich kolumnach informacje dotyczące czterech pacjentów/klientów, których terapia była opisana i oceniona przez superwizora (kolumna A) oraz czterech których terapia była poddana ścisłej superwizji. Proszę wskazać formę superwizji: obserwacja sesji, nagranie audio, nagranie video, inna forma (kolumna C)

Client Identifier <i>Identyfikator klienta (np. płeć i inicjały)</i>	Type of Problem <i>Rodzaj problemu/ diagnozy klinicznej</i>	Supervised Client Hours <i>Liczba godzin terapii poddanych superwizji</i>	A?	C?	Supervisor <i>Imię i nazwisko superwizora</i>	Supervisor's signature* <i>Podpis superwizora*</i>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Total No. of hours from 8 clients above: *Całkowita liczba godzin terapii wymienionych wyżej pacjentów/klientów poddanych superwizji* _____

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

EABCT Member Association:
STOWARZYSZENIE-
AKREDYTOWANY CZŁONEK EABCT
PTTPB - POLAND

St.Ac.S application form for
therapists seeking accreditation in
their Association
Standaryzowany formularz dla osób
ubiegających się o akredytację w EABCT
za pośrednictwem stowarzyszenia krajowego

Total No. of additional hours of supervised assessment and therapy: *Dodatkowa liczba godzin terapii poddanych superwizji* _____

Total required hours: 200 *Wymagana liczba godzin: 200*

* in case of lack of the supervisors` signature please provide a copy of the document with supervisor`s signature or your written statement about supervision with the contact data (phone, e-mail, address) to the supervisor

* *jeśli uzyskanie podpisu superwizora na formularzu nie jest możliwe, proszę załączyć kopię dokumentu potwierdzającego odbytą superwizję (np. kopia strony indeksu) lub dołączyć dane kontaktowe superwizora (telefon lub adres e-mail)*

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

CRITERION FOUR - C/BT Clinical Supervision

KRYTERIUM 4 Superwizja praktyki klinicznej w terapii poznawczej/ behawioralnej

Detail your **CBT clinical** supervision in the last two years or after obtaining your PTTPB Certificate

Proszę podać dane dotyczące superwizji Pani/Pana praktyki w ciągu ostatnich dwóch lat, lub od czasu uzyskania Certyfikatu PTTPB. Uwaga: superwizja dotyczy terapii poznawczo-behawioralnej, powinna być prowadzona przez superwizora (zalecane) terapii poznawczej i/lub behawioralnej, jako superwizja indywidualna, grupowa, lub w ramach superwizji zespołowej (peer supervision).

Dates from & to Czas od - do	Individual Group, Peer Review <i>Superwizja indywidualna/ grupowa/ zespołowa</i>	Name of Supervisor, or Number of People in Group & Name of Facilitator of Group <i>Imię i nazwisko superwizora, i/lub liczba osób w grupie oraz nazwisko koordynatora superwizji zespołowej</i>	Frequency of Meetings / Contact <i>Częstość spotkań/ kontaktu</i>	Duration of Meetings / Contact <i>Czas trwania każdego spotkania/ kontaktu</i>	Content <i>Przedmiot spotkania</i>

CRITERION FIVE – Other criteria KRYTERIUM 5 Inne informacje

OTHER RELEVANT INFORMATION ON TEACHING, DISSEMINATION OF KNOWLEDGE OF EVIDENCE BASED PSYCHOTHERAPY, ACADEMIC ACHIEVEMENTS WITHIN CBT, LIST OF PUBLICATIONS, SUPERVISION OF OTHERS

INNE INFORMACJE DOTYCZĄCE PANI/ PANA DZIAŁALNOŚCI EDUKACYJNEJ, NAUKOWEJ I ORGANIZACYJNEJ W OBSZARZE TERAPII POZNAWCZO-BEHAWIORALNEJ I PSYCHOTERAPII OPARTEJ NA DANYCH NAUKOWYCH, LISTA PUBLIKACJI, DZIAŁALNOŚĆ SUPERWIZORSKA

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____

Please attach the relevant description *Proszę załączyć odpowiedni opis*

Receiving EABCT Accreditation via Polskie Towarzystwo Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB) is possible only for the full Members of PTTPB who:

Certyfikat EABCT mogą uzyskać za pośrednictwem Polskiego Towarzystwa Terapii Poznawczej i Behawioralnej (PTTPB) członkowie zwyczajni PTTPB, którzy:

- have the License of Cognitive Behavioural Therapist by PTTPB (attach copy)
posiadają certyfikat terapeuty Poznawczo-Behawioralnego PTTPB (proszę załączyć kopię)
- CBT has been the main area of clinical psychotherapeutic practice after obtaining the PTTPB Certificate (Criterion Two – Professional Practice)
od momentu uzyskania certyfikatu PTTPB stosują psychoterapię poznawczo-behawioralną jako główne podejście psychoterapeutyczne w ramach prowadzonej praktyki psychoterapeutycznej (kryterium 2 – praktyka)
- Improve their qualifications in CBT by participation in workshops, lectures, seminars (Criterion Three)
doskonałą wiedzę i umiejętności kliniczne w terapii poznawczo-behawioralnej (kryterium 3)
- Conduct their clinical work under supervision (Criterion Four)
poddają superwizji praktykę terapeutyczną
- Have the Membership fee for PTTPB paid until the year of application (attach the statement or copy)
mają uregulowane składki członkowskie PTTPB od momentu uzyskania certyfikatu PTTPB włącznie z opłatą za rok ubiegania się o Certyfikat EABCT (proszę załączyć oświadczenie lub kopię wpłat)
- Have paid the EABCT Accreditation fee (attach the copy of the payment)
wniosły opłatę akredytacyjną (kopia dowodu wpłaty w załączeniu)

Enclosed to the Application (please list) *Załączniki (proszę wymienić)*

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----
6. -----
7. -----
8. -----

Signed Podpis

[Please print your name] Imię i nazwisko

UWAGA: Dokumenty potrzebne do ubiegania się o certyfikat EABCT należy przesłać w dwóch formach: papierowej oraz elektronicznej w formie skanu dokumentów zapisanych na pendrive

I confirm that all the data above are true.

Oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą

Signature Podpis: _____