

金門縣身心障礙者生涯轉銜服務通報表

通報單位				通報日期	年 月 日
通報人姓名				聯絡電話	
電子郵件				傳真電話	
身心障礙者姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身分證字號		聯絡電話		手 機	
地 址	戶籍地址：				
	通訊地址：				
聯絡人 (一)		關 係		聯絡電話	
				手 機	
聯絡人 (二)		關 係		聯絡電話	
				手 機	
障礙類別	<input type="checkbox"/> 第一類： <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神疾病 <input type="checkbox"/> 頑性癲癇 <input type="checkbox"/> 第二類： <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 第三類： <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 第四類：重要器官失去功能： <input type="checkbox"/> 心臟 <input type="checkbox"/> 造血機能 <input type="checkbox"/> 呼吸器官 <input type="checkbox"/> 第五類：重要器官失去功能： <input type="checkbox"/> 吞嚥機能 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 腸道 <input type="checkbox"/> 肝臟 <input type="checkbox"/> 第六類：重要器官失去功能： <input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> 膀胱 <input type="checkbox"/> 第七類：肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 第八類：顏面損傷 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 多重障礙者 <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者 <input type="checkbox"/> 其他經中央衛生主管機關認定之障礙者 (<input type="checkbox"/> 染異 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 先天缺陷) <input type="checkbox"/> 無身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 從未領證 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明過期 <input type="checkbox"/> 身心障礙鑑定中				
障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天 <input type="checkbox"/> 後天： <input type="checkbox"/> 疾病而致 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 職業傷害 <input type="checkbox"/> 老年退化 <input type="checkbox"/> 其他事故傷害 <input type="checkbox"/> 家庭或社會環境因素(如自殺、家暴) <input type="checkbox"/> 不明原因 <input type="checkbox"/> 其他：				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
家庭經濟狀況	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 (家庭總收入平均未達每人每月最低生活費用1.5倍) <input type="checkbox"/> 符合請領身心障礙者生活補助費者 (家庭總收入平均未達每人每月最低生活費用2.5倍) <input type="checkbox"/> 一般戶				
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大專院校/大學 <input type="checkbox"/> 研究所 <input type="checkbox"/> 不詳				

<p>需求項目 (可複選)</p>	<p><input type="checkbox"/>就學服務 <input type="checkbox"/>就業服務 <input type="checkbox"/>醫療服務 <input type="checkbox"/>照顧服務 (機構安置) <input type="checkbox"/>經濟協助</p> <p><input type="checkbox"/>其他：_____</p>
<p>身心障礙者 需求/問題 描述</p>	<p>(如有更完整資訊，例如資源使用情形等其他資料，亦可填入。)</p>
<p>家系圖 暨 生態圖</p>	
<p>受理通報 處理情形</p>	<p>評估結果：<input type="checkbox"/>開案 <input type="checkbox"/>不開案，原因：_____</p> <hr/> <p>評估社工： _____ 聯絡電話： _____</p> <p>單位主管： _____</p> <p>回覆日期： 年 月 日</p>