

# 金門縣身心障礙者職業重建服務 跨單位就業轉銜通報單

通報日期：\_\_\_\_\_

受理編號：\_\_\_\_\_ (職重窗口填寫)

個案姓名		出生	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		電話		手機	
地址					
聯絡人(關係)		電話		手機	
障礙類別	<input type="checkbox"/> 第一類【 <input type="checkbox"/> 智能障礙者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症者 <input type="checkbox"/> 自閉症者 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症者】 <input type="checkbox"/> 第二類【 <input type="checkbox"/> 視覺障礙者 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙者 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙者】 <input type="checkbox"/> 第三類【 <input type="checkbox"/> 聲音機能或語言機能障礙者】 <input type="checkbox"/> 第四類【 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者- <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【 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者- <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【 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能者- <input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> 膀胱】 <input type="checkbox"/> 第七類【 <input type="checkbox"/> 肢體障礙者】 <input type="checkbox"/> 第八類【 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者】 <input type="checkbox"/> 多重障礙者_____ <input type="checkbox"/> 罕見疾病_____ <input type="checkbox"/> 其他_____				
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				
個案是否同意接受就業轉銜?	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意				
轉介單位	單位		電話		傳真
	聯絡人 (含職稱)		單位 主管		
轉介原因及需求 (個案狀況描述)					
相關資料	<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本、身心障礙手冊正反面影本 <input type="checkbox"/> 個案基本資料表 <input type="checkbox"/> 其他相關文件_____				
<b>金門縣政府社會處勞工行政科 職業重建窗口回覆單</b> 電話：082-318823#62546 傳真：082-371514					
通報單位		通報人		個案編號	
個案姓名		電話		回覆日期	
開案晤談 評估結果	<input type="checkbox"/> 進入職業重建服務提供後續服務 <input type="checkbox"/> 轉介其他單位： <input type="checkbox"/> 其他：				
說明：				承辦人員	科 長

◎接獲轉介派案7日內開案晤談，7日內回覆晤談結果(共計14個工作天)