金門縣身心障礙者權益受損協調申請書

|  |
| --- |
| **申請人基本資料** |
| 姓名 |  | 性 別 | □男 □女 |
| 身分證字號 |  | 出生年月日 | 年 月 日 |
| 障礙類別/等級 | □檢附身心障礙證明影本 | 服務單位 |  |
| 聯絡電話 | (手機)　　　　　　　 (住家)　　　　　　　 |
| 通訊地址 |  |
| **代理人基本資料**(無則免填) |
| 姓名 |  | 與申請人關係 |  |
| 身分證字號 |  | 出生年月日 | 年 月 日 |
| 聯絡電話 | (手機)　　　　　　 　 (住家)　 |
| 通訊地址 |  |
| **相對人基本資料** |
| 姓名 |  | 兩造關係 |  |
| 聯絡電話 | (手機)　　　　　　　 (住家)　 |
| 通訊地址 |  |
| 協調事件概要 | 基於身心障礙者權益保障法第　　條　　項　　款，本人法定權益已有受損，故申請權益受損協調。協調事項及權益受損事件之事實、理由說明如下： |
| 為讓本案相對人於會前知悉申請人陳述之案件事實及協調事項，並據以準備相關資料，俾利運作，是否同意將申請書影本影送予相對人？□同意 □不同意本人就申請協調事件所述內容皆屬實，如有不實，願負一切法律責任。申請人： 簽章代理人： 簽章 (協調當日如為代理人出席，應提具委託書) 中　華　民　國 　　　　　 年 　　　　 月 　　　 日 |

申請書及佐證資料請「掛號」寄至：金門縣金城鎮民權路173號(金門縣政府社會處社會福利科收)。

請完整填寫申請書，如資料不完備，將通知申請人於15日內補正。逾期未補正者，不予受理。