

宜蘭縣政府身心障礙者生涯轉銜暨個管中心

個案轉介單

轉介日期： 年 月 日 受轉介單位：

案主姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生	年 月 日	身分證字號	
聯繫方式	戶籍地址：					電話：	
	居住地址：						
是否有重大傷病卡： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				是否領冊： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
				障別/類別：		ICD碼：	
轉介目的 (請詳述)							
<p>一、求助原因</p> <p>二、家系圖</p> <p>三、案主及案家概況</p> <p>四、支持系統</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>五、已提供處遇</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>六、問題評估</p> <p>1.</p> <p>2.</p> <p>七、未來處遇計畫建議</p> <p>1.</p> <p>2.</p>							
社 工 員				督 導			主 管
轉介人員：		聯繫電話：03-9328822分機					
傳真：03-9325004		*若逾三日未回覆，應主動進行追蹤。					
回覆處理情形：請受轉介單位於接收轉介後三日內回覆							
<input type="checkbox"/> 開案處理並提供後續服務：							
開案日期： 年 月 日，主責社工：_____，聯繫電話：_____							
<input type="checkbox"/> 轉介其他單位：							
受理轉介單位：_____，負責人員：_____，聯繫電話：_____							
<input type="checkbox"/> 不開案：負責人員：_____，聯繫電話：_____							
<input type="checkbox"/> 其他：_____							