

宜蘭縣 身心障礙者生涯轉銜暨個案管理服務通報表

通報單位				通報日期	年 月 日
通報人員				聯絡電話	
				E-MAIL	
				傳真電話	
通報人員身分	<input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 教育人員 <input type="checkbox"/> 勞政人員 <input type="checkbox"/> 警政人員 <input type="checkbox"/> 戶政人員 <input type="checkbox"/> 社政人員 <input type="checkbox"/> 消防人員 <input type="checkbox"/> 村里(鄰)長 <input type="checkbox"/> 村里幹事 <input type="checkbox"/> 其他_____				
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		關係		聯絡電話	
				手 機	
障礙類別	<input type="checkbox"/> 第一大類： <input type="checkbox"/> 6. 智能障礙 <input type="checkbox"/> 9. 植物人 <input type="checkbox"/> 10. 失智症 <input type="checkbox"/> 11. 自閉症 <input type="checkbox"/> 12. 慢性精神疾病 <input type="checkbox"/> 14. 頑性癲癇症 <input type="checkbox"/> 0. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 第二大類： <input type="checkbox"/> 1. 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 2. 聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 3. 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 0. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 第三大類： <input type="checkbox"/> 4. 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 0. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 第四大類： <input type="checkbox"/> 7. 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"/> 0. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 第五大類： <input type="checkbox"/> 7. 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"/> 0. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 第六大類： <input type="checkbox"/> 7. 重要器官失去功能：(<input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> 膀胱) <input type="checkbox"/> 0. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 第七大類： <input type="checkbox"/> 5. 肢體障礙：(<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢) <input type="checkbox"/> 0. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 第八大類： <input type="checkbox"/> 8. 顏面損傷 <input type="checkbox"/> 0. 其他 _____ <input type="checkbox"/> 13. 多重障礙 (僅限無細項類別者勾選) <input type="checkbox"/> 15. 罕見疾病：_____ (請註明疾病名稱) <input type="checkbox"/> 16. 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 17. 染色體異常 <input type="checkbox"/> 18. 其他先天性缺陷)				
ICF 編碼					
障礙等級	<input type="checkbox"/> 1. 輕度 <input type="checkbox"/> 2. 中度 <input type="checkbox"/> 3. 重度 <input type="checkbox"/> 4. 極重度				
致障原因	<input type="checkbox"/> 1. 先天 (出生即有) <input type="checkbox"/> 2. 後天疾病 <input type="checkbox"/> 3. 老年退化 <input type="checkbox"/> 4. 交通事故 <input type="checkbox"/> 5. 職業傷害 <input type="checkbox"/> 6. 其他事故傷害 <input type="checkbox"/> 7. 家庭或社會環境因素(例如：自殺、家暴) <input type="checkbox"/> 8. 其他_____ (請說明)				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 同居 <input type="checkbox"/> 3. 已婚 <input type="checkbox"/> 4. 分居 <input type="checkbox"/> 5. 離婚 <input type="checkbox"/> 6. 喪偶 <input type="checkbox"/> 7. 其他				

家庭經濟狀況	<input type="checkbox"/> 1. 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 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"/> 3. 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"/> 4. 一般戶		
教育程度	<input type="checkbox"/> 1. 未曾就學 <input type="checkbox"/> 2. 小學 <input type="checkbox"/> 3. 國中 <input type="checkbox"/> 4. 高中（職） <input type="checkbox"/> 5. 專科 <input type="checkbox"/> 6. 大學 <input type="checkbox"/> 7. 碩士（含以上）		
需求項目 (可複選)	<input type="checkbox"/> 1. 身心障礙者個人照顧服務（請續就以下 3 項勾選） <input type="checkbox"/> 居家照顧服務 <input type="checkbox"/> 輔具服務 <input type="checkbox"/> 其他個人照顧服務（生活重建、心理重建、婚姻及生育輔導、日間及住宿式照顧服務、社區居住、課後照顧、自立生活支持服務、行為輔導） <input type="checkbox"/> 2. 身心障礙者家庭照顧者服務 <input type="checkbox"/> 3. 身心障礙者經濟補助 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 日間照顧及住宿式照顧費用補助 <input type="checkbox"/> 醫療費用補助 <input type="checkbox"/> 居家照顧費用補助 <input type="checkbox"/> 輔具費用補助 <input type="checkbox"/> 房屋租金及購屋貸款利息補貼 <input type="checkbox"/> 購買停車位貸款利息補貼或承租停車位補助 <input type="checkbox"/> 4. 醫療及心理復建 <input type="checkbox"/> 5. 學校教育 <input type="checkbox"/> 6. 就業協助 <input type="checkbox"/> 7. 生涯轉銜需求 <input type="checkbox"/> 8. 其他		
家系圖 暨生態圖			
身心障礙者 需求/ 問題描述	(如有更完整資訊，例如資源使用情形等其他資料，亦可填入。)		
通報者簽章	通報單位主管 簽章		

轉入單位：宜蘭縣政府社會處身心障礙者生涯轉銜暨個案管理中心

單位地址：宜蘭市同慶街 95 號 3 樓

聯絡電話：03-9328822 分機 164-171 傳真電話：03-9325004