



宜蘭縣政府－視覺功能障礙者生活重建服務申請表

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	電話	
生日	年 月 日	身分證字號		手機	
聯絡地址					
身心障礙身份	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 障別：_____ 等級：_____				
	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明 類別：_____ 等級：_____				
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天_____ <input type="checkbox"/> 疾病_____ <input type="checkbox"/> 意外_____ <input type="checkbox"/> 其他_____				
視力狀況	左眼 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 低視能 視力值_____ <input type="checkbox"/> 其他_____				
	右眼 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 低視能 視力值_____ <input type="checkbox"/> 其他_____				
目前是否聘請看護	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 本籍； <input type="checkbox"/> 外籍)				
福利服務 使用情形	<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 臨時及短期照顧服務 <input type="checkbox"/> 家庭托顧服務				
	<input type="checkbox"/> 交通接送服務 <input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶				
生活自理狀況	<input type="checkbox"/> 完全需要協助 <input type="checkbox"/> 部分需要協助 <input type="checkbox"/> 不需要協助				
代理人（主要 聯絡人）基本 資料	姓 名		身分證字號		
	聯絡電話		關係		
申請服務項目	<input type="checkbox"/> 1.定向行動能力訓練 <input type="checkbox"/> 2.生活自理能力訓練 <input type="checkbox"/> 3.盲用電腦文書技巧訓練 <input type="checkbox"/> 4.點字及文書能力技巧訓練 <input type="checkbox"/> 5.輔具評估及訓練 <input type="checkbox"/> 6.社會暨心理評估與處置				

◎檢附資料：申請本項服務者，應填妥申請書，並備齊身心障礙手冊（證明）影本。

◎申請方式：親送至社會處二樓-老人及身心障礙福利科，或傳真至 03-9325004 並來電 (03)9328822-222 曾社工確認。