**連江縣身心障礙者需求評估複評申請表**

**一、個人基本資料**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請項目 | □自行申請需求變更 □異議複評 |
| 姓名 |  | 身分證字號 |  |
| 性別 | □男 　□女 | 出生日期  | 年月日 |
| 戶籍地址 |  |
| 居住地址 | □同戶籍地址 (□醫院□住宅□養護中心)  |
| 公文送達地址 | □同戶籍地址□同居住地址□就業處所地址 □其他  |
| 連絡電話 | (H)(O) | 手機 |  |

**二、監護人（聯絡人）【□同申請人，以下免填】**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 關係 | □父子/女 □母子/女 □兄弟姊妹 □配偶 □親戚（稱謂：　　　　）□安置機構人員　□其他（請說明：　　　　　　　） |
| 聯絡電話 |  | 聯絡手機 |  |
| 聯絡地址 |  |

**三、主要照顧者【□同監護人（聯絡人），以下免填】**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 |  |
| 關係 | □父子/女 □母子/女 □兄弟姊妹 □配偶 □親戚（稱謂：　　　　）□安置機構人員　□其他（請說明：　　　　　　　） |
| 聯絡電話 |  | 聯絡手機 |  |
| 聯絡地址 |  |

**四、需求評估環境**

|  |  |
| --- | --- |
| 需求評估場所 | □定點評估（□身心障礙者需求評估中心 □其他，請說明： ）□到宅(住居所)評估 |
| 溝通方式 | □口語（說聽均可） □筆寫 □溝通輔具 □其他： |
| 主要語言 | □國語 □閩南語 □客家話 □原住民語 □其他： |
| 特殊需求 | □無 □口譯(註1) □手譯(註2)  |

**五、福利服務需求項目勾選**

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | □行動不便身心障礙者專用停車位識別證明 （於取得需求評估複評結果後，僅限具行動不便資格者，備齊文件向**社會局**提出申請） |
| 2 | 身心障礙者必要陪伴者優惠措施 □搭乘國內大眾運輸工具之必要陪伴者 □出入收費公、民營風景區、康樂場所或文教設施之必要陪伴者 |
| 3 | 身心障礙者個人照顧服務 □生活重建  □社區居住 □日間照顧服務 □自立生活支持服務(個人助理)  □社區日間作業設施服務  □住宿式照顧服務 □心理重建 □婚姻與生育輔導 □行為輔導 □課後照顧 □情緒支持 |
| 4 | 身心障礙者家庭照顧者服務□臨時及短期照顧服務 □家庭托顧 |
| **代理申請委託（授權）書** |
| 委託人（即申請人）： **【簽章】**已瞭解並將申請身心障礙鑑定、福利與服務需求評估相關事宜，委託（授權）受委託人： **【簽章】**（關係： ）代為申請，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。 |

**中華民國 年 月 日**

-----------------------**代理/辦人身分證明文件**，請黏貼於下方空白處-----------------------

說明：

一、申請人應繳驗身分證或戶口名簿正本及**身心障礙證明** 。

二、由法定代理人或受委託之他人代為辦理者，應檢附代理/辦人之個人身分證明文件。