**縣（市）身心障礙者生涯轉銜服務通報表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 通報單位 |  | 通報日期 | 年 月 日 |
| 通報人員 |  | 聯絡電話 |  |
| 聯絡地址 |  | 傳真電話 |  |
| 身心障礙者姓 名 |  | 性 別 | □男 □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（一） |  | 關係 |  | 聯絡電話 |  |
| 手　　機 |  |
| 聯絡人（二） |  | 關係 |  | 聯絡電話 |  |
| 手　　機 |  |
| 障礙類別 | □第一大類：□6.智能障礙 □9.植物人 □10.失智症 □11.自閉症 □12.慢性精神疾病 □14.頑性癲癇症 □0.其他 □第二大類：□1.視覺障礙 □2.聽覺障礙 □3.平衡機能障礙 □0.其他 □第三大類：□4.聲音或語言機能障礙 □0.其他 □第四大類：□7.重要器官失去功能：（□心臟 □造血機能 □呼吸器官）□0.其他 □第五大類：□7.重要器官失去功能：（□吞嚥機能 □胃 □腸道 □肝臟）□0.其他 □第六大類：□7.重要器官失去功能：（□腎臟 □膀胱）□0.其他 □第七大類：□5.肢體障礙：（□上肢 □下肢 □軀幹 □四肢）□0.其他 □第八大類：□8.顏面損傷 □0.其他  |
| □13.多重障礙（僅限無細項類別者勾選）□15.罕見疾病： □16.先天代謝異常 □16.染色體異常 □16.其他先天性缺陷） |
| ICF編碼 |  |
| 障礙等級 | □1.輕度 □2.中度 □3.重度 □4.極重度  |
| 致障原因 | □1.先天（出生即有） □2.後天疾病 □3.老年退化 □4.交通事故 □5.職業傷害 □6.其他事故傷害 □7.家庭或社會環境因素(例如：自殺、家暴)  |
| 婚姻狀況 | □1.未婚 □2.同居 □3.已婚 □4.分居 □5.離婚 □6.喪偶 □7.其他  |
| 家庭經濟狀況 | □1.低收入戶　□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）　 □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）□4.一般戶 |
| 教育程度 | □1.不識字 □2.小學 □3.國中 □4.高中（職） □5.專科□6.大學 □7.碩士（含以上） |

|  |  |
| --- | --- |
| 需求項目（可複選） | □1.身心障礙者個人照顧服務（請續就以下3項勾選）□居家照顧服務□輔具服務□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）□2.身心障礙者家庭照顧者服務□3.身心障礙者經濟補助□身心障礙者生活補助□日間照顧及住宿式照顧費用補助□醫療費用補助□居家照顧費用補助□輔具費用補助□房屋租金及購屋貸款利息補貼□購買停車位貸款利息補貼或承租停車位補助□4.醫療及心理復建□5.學校教育□6.就業協助□7.其他 |
| 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。） |
| 家系暨生態圖 |  |
| 轉入單位 |  | 轉入日期 |  |
| 單位地址 |  | 電子信箱 |  |
| 聯絡電話 |  | 傳真電話 |  |