**臺中市身心障礙者個案服務通報單一窗口 通報單**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | |
| 個案  來源 | □1.主動發掘 □2.服務使用者/家屬提出申請 □3.社福團體  □4.社政單位 □5.勞政單位□6.教育單位 □7.衛政/醫療單位 □8.民政單位 □9.警政單位□10.身心障礙者需求評估中心 □11.其他 | | | | | | | | | |
| 如何得知本服務 | □親友告知 □中心文宣品：□1.海報 □2.簡介 □3.福利資源手冊  □新聞/媒體□身心障礙者需求評估中心□機構介紹：  □政府部門：□其他： | | | | | | | | | |
| 個案意願 | 1. □個案□家屬同意被通報/轉介：□是 □否  2.同意提供個人基本資料：□是 □否 | | | | | | | | | |
| 填寫方式 | **\***為必填項目，請通報者依據個案資料及狀況詳實描述填寫。 | | | | | | | | | |
| **\***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 | □領有身心障礙證明(粉紅色)第\_\_\_\_\_\_\_\_類(說明:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | | | | | | | |
| ICF編碼 |  | | | | ICD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）　　□8.不詳 | | | | | | | | | |
| **\***個案需求項目（可複選，並請說明，如需詳述本欄需求，請於下方表格撰寫） | □1.身心障礙者個人照顧服務:說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □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:說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □3.身心障礙者經濟補助:說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □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.婚姻及生育支持服務：說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □產後照顧 □懷孕或產後支持服務  □育兒指導 □其他：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □5.醫療及心理復建:說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □6.學校教育:說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □7.就業協助:說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □8.其他:說明\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | |
| 身心障礙者需求/問題描述 | （上述需求/問題可詳述更完整資訊，例如資源使用情形等其他資料，亦可填入。） | | | | | | | | | |
| 家系暨  生態圖 |  | | | | | | | | | |
| **\***建議事項 |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身障者姓名 |  | 身份證字號 |  | 轉介日期 |  |
| 處理情形 | □1.經評估，目前暫無需求  □2.身心障礙者拒絕服務  □3.提供諮詢服務  □4.轉介至其他單位  □5.派案至\_\_\_\_\_\_\_\_\_區身心障礙者社區資源中心提供服務。  督導: 電話: 分機:  □6.其他 | | | | |
| 受轉介單位 | 臺中市身心障礙者個案服務通報單一窗口 | | 電話/傳真 | 04-25344678 04-25346888 | |
| 接案人員 |  | 督導 |  | 回覆日期 |  |