**臺南市身心障礙者雙老家庭支持服務**

**通報單**

序號： 傳真：

通報人姓名： 單位名稱： 電話：

通報人身分：□衛政人員□教育人員□公家社政人員□里長□里幹事□勞政人員□警消人員□戶政人員

 □親友□民間社福人員□本中心社工員□自行求助□其他：

填表人： 填表日期： 受理通報日期： (由受理單位填寫)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **服****務****使****用****者****基本資料** | 姓名 |  | 性別 | □男□女□其他 | 出生日期 |  年 月 日 |
| 身分證字號 |  | 聯絡電話 |  |
| 聯絡人 |  | 關係 |  | 聯絡電話 |  |
| 戶籍地址 |  |
| 居住地址 |  |
| 障礙類別 | □新制(代碼)：ICF編碼【 】/ICD診斷【 】□第一類：□智能障礙(06)□植物人(09)□失智症(10)□自閉症(11)□慢性精神病(12)□頑性癲癇(14)□第二類：□視覺障礙(01)□聽覺機能障礙(02)□(03)平衡機能障礙(03)□第三類：□聲音機能或語言機能障礙者(04)□第四類:□重要器官失去功能者-心臟(07)□重要器官失去功能者-造血機能(07)□重要器官失去功能者-呼吸器官(07)□第五類：□重要器官失去功能者-吞嚥機能(07)□重要器官失去功能者-胃(07)□重要器官失去功能者-腸道(07)□重要器官失去功能者-肝臟(07)□第六類：□重要器官失去功能者-腎臟(07)□重要器官失去功能者-膀胱(07)□第七類：□肢體障礙者(05)□第八類：□顏面損傷者(08)□其他：□多重障礙者(13)□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者(15)□其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（染異、先天代謝異常、先天缺陷）(16)□疑似 □重大傷病：□有： □無 |
| 障礙等級 | □極重度 □重度 □中度 □輕度 |
| 補助/津貼 | □無 □中低收入戶 □低收入戶 款 □榮民 □原住民 □其他：  |
| 需協助項目 | □個人照顧服務 □家庭支持服務 □經濟安全 □長照服務 □健康及醫療服務 □居住□心理情緒支持 □社交及休閒 □安全維護 □法律扶助 □其他：  |
| 服務使用者概況 | ◎醫療單位通報者，依身權法第23條檢附出院準備計畫壹、服務使用者概況：貳、家庭概況：參、通報單位需求評估：肆、已提供之服務：伍、訪視時注意事項： |
| 通報目的 |  |
| 備註 | 填妥本單後，請E-mail：yhh0424@mail.tainan.gov.tw （06-2991111\*8542黃社工） |