**臺南市政府社會局委託辦理心智障礙者性健康輔導支持服務計畫**

**申請表**

序號： 傳真：

申請人姓名： 單位名稱： 電話：

申請人身分：□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： 受理申請日期： (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) 備註：本服務以第一類/心智障礙類別服務對象為主 |
| 障礙等級 | □極重度 □重度 □中度 □輕度 |
| 福利身份 | □中低收入戶 □低收入戶款 □榮民 □原住民 □其他 □無 |
| 需協助項目 | □個別諮商□性健康支持團體□主要照顧者性健康講座□其他： |
| 服務使用者概況 | 壹、服務使用者概況：貳、家庭概況：參、申請單位性健康支持需求評估： |
|  |  | 肆、申請單位目前提供之服務：伍、訪視時注意事項： |
| 備註 | 填妥本單後，請傳真或E-mail：電話：06-5890260分機332 傳真：06-5999249 E-mail：luway062@gmail.com |