身心障礙者就業轉銜資料表

個 案 基 本 資 料(教育單位)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | 性  別 | |  | | 身分證字號 | | | | | |  | | | | | | | 障礙類別 | |  | |
| 出 生 日 期 | | | | | | 年月日 | | | | | | | 障礙等級 | |  | |
| 戶籍地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 聯絡電話 | | | | | 日：夜：同右 | | | | | |
| 通訊地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 行動電話 | | | | |  | | | | | |
| 電子信箱 | |  | | | | | | | | | | | 傳真 | |  | | | | | | | 是否領有身心障礙手冊□有□無 | | | | | |
| 法定代理人 | |  | | | | | 與個案關係 | | | | | |  | | | | | | 聯絡電話 | | | 日：夜： | | | | | |
| 聯絡地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 聯絡人 | |  | | | | | 與個案關係 | | | | | |  | | | | | | 聯絡電話 | | | | 日：夜： | | | | |
| 聯絡地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要聯絡人 | |  | | | | | | 與個案關係 | | | | |  | | | | | | 聯絡電話 | | | | 日：夜： | | | | |
| 聯絡地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 健康狀況 | 身高 公分 | | | | | 視力 | | 左： | | | | 色盲 □有  □無 | | | | | | 聽力 | | | 左： | | | | 智 力 | |  |
| 體重 公斤 | | | | | 右： | | | | 右： | | | | 其他障礙 | |  |
| □健康□體弱 □多病 | | | | | 病名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 目前服用藥物名稱： | | | | | | | | | | | | | 藥物用法： | | | | | | | | | | | 對何種藥物過敏： | | |
| 障 礙 狀 況 | 致 障 時 間 | | | | 年 月 | | | | | | | | | 致障原因 | | | | | |  | | | | | | | |
| 障 礙 部 位 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障礙現況（是否伴隨其他障礙，障礙的穩定性、目前治療情況、服藥情形） | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 使用輔具狀況與需求 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 教育程度 | | | □不識字 □小學 □國中 □高中（職） □大專 □研究所以上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 學 歷 | 畢業學校 | | | | | | | | | 科系 | | | | | | 就學期間 | | | | | | | | | | 是否畢業 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | 年 月 至年 月 | | | | | | | | | | □畢業 □肄業 | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | 年 月 至 年 月 | | | | | | | | | | □畢業 □肄業 | |
| 職業證照 | | | | 職類： | | | | | | | | | | | | 等級： | | | | | | | | | | | |
| 駕駛執照 | | | | 機車駕照： □ 有 □無 | | | | | | | | | | | | 汽車駕照： □ 有 □無 | | | | | | | | | | | |

身心障礙者就業轉銜資料表(續)

個 案 基 本 資 料

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 曾接受過的服務記錄 | 經濟補助 | □低收入戶生活補助 □身心障礙者生活補助 □養護補助  □身心障礙者津貼 □健保自付保費補助 □急難救助  □生活及復建輔助器具補助 □醫療補助 □獎助學金  □學雜費減免補助 □租賃補助 □其他：請註明 | |
| 支持性服務 | □居家照顧服務 □臨時照顧服務 □親職教育 □交通服務  □個案管理服務 □諮詢服務 □諮商輔導服務 □休閒活動  □個別家庭服務計畫  □其他：請註明 | |
| 復健與醫療服務 | □物理治療 □職能治療 □語言治療 □個別心理治療 □團體心理治療  □聽力復健 □精神科醫療 □視力復健 □營養諮詢 □居家護理  □居家復健 □輔助器具 □精神復健機構 □障礙重新鑑定  □最近鑑定時間 年 月 日 □重大疾病醫療：請註明  □其他：請註明 | |
| 就學服務 | □定向行動 □教育輔具 □行為輔導 □課業輔導 □生活輔導 □職能評估  □入學管道：請註明 □校外實習：請註明職種及時間  □其他：請註明 | |
| 安置服務 | □一般學校，班型： □特殊教育學校 □日間服務機構  □全日型住宿機構 □夜間型住宿機構 □護理之家  □安養中心 □緊急收容、庇護 □其他：請註明 | |
| 就業服務 | □職業輔導評量 □職業訓練 □就業輔導 □支持性就業  □庇護性就業 □工讀 □其他：請註明 | |
| 其他 | □專用停車位識別證/專用牌照  □其他：請註明 | |
| 項 目 | | | 現 況 能 力 分 析（若該項目有相關資料、記錄、表單可檢附於附錄，則請將附錄編號註明於該項分析欄位中即可） |
| 一、認知能力（記憶理解、推理、注意力等） | | |  |

身心障礙者就業轉銜資料表(續)

個 案 基 本 資 料

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 二、溝通能力（語言理解、語言表達等） |  | |
| 三、學業能力（語文閱讀、書寫、數學等） |  | |
| 四、生活自理能力（飲食、入廁、盥洗購物、穿脫衣服、上下學能力等） |  | |
| 五、社會化及情緒行為能力（人際關係、情緒管理、行為問題等） |  | |
| 六、職業技能（曾經接受的職業訓練、實習及期間，曾經從事過的職種、工作表現水準等） | 就 業 |  |
| 實習經驗 |  |
| 職 訓 |  |
| 七、本次轉介的主要需求  （請填表人說明） |  | |
| 八、希望參加的職業訓練 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 九、希望就業的職種、待遇與工作地點  （請填表人建議） | | | 第一志願： | | | 工作地點 | 1. | | |
| 第二志願： | | | 2. | | |
| 第三志願： | | | 3. | | |
| 希望待遇最低每月薪資： 元 | | | | 加班意願：□願意 □不願意 | | |
| 希望工作班別：□不拘 □一班制 □二班制 □三班制 | | | | | | |
| 填表者 |  | | 單位 |  | | | | 職稱 |  |
| 聯絡電話 |  | | 電子信箱 |  | | | | 填表時間 |  |
| 請填表者隨表附上下列相關資料：  □身分證正反面影本  □身心障礙證明(手冊)正反面影本  □功能評估表  □IEP/ITP(初次晤談時由學校提供) | | | | | | | | | |
| 受理轉介單位 | | 臺南市政府勞工局就業促進科  職管督導 吳富美 | | | E-mail | [flowerday389](mailto:flowerday389)@mail.tainan.gov.tw | | | |
| 受理單位電話 | | 06-6322231#6290 | | | 傳真電話 | 06-6320832 | | | |