

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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	左：	色盲 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	聽	左：	智力		
	體重	公斤		力	右：		力	右：	其他障礙		
	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 體弱 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業			
					年 月 至 年 月			<input type="checkbox"/> 畢業 <input type="checkbox"/> 肄業			
職業證照	職類：				等級：						
駕駛執照	機車駕照： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				汽車駕照： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 低收入戶生活補助	<input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助	<input type="checkbox"/> 養護補助		
		<input type="checkbox"/> 身心障礙者津貼	<input type="checkbox"/> 健保自付保費補助	<input type="checkbox"/> 急難救助		
		<input type="checkbox"/> 生活及復建輔助器具補助	<input type="checkbox"/> 醫療補助	<input type="checkbox"/> 獎助學金		
		<input type="checkbox"/> 學雜費減免補助	<input type="checkbox"/> 租賃補助	<input type="checkbox"/> 其他：請註明		
	支持性服務	<input type="checkbox"/> 居家照顧服務	<input type="checkbox"/> 臨時照顧服務	<input type="checkbox"/> 親職教育		
		<input type="checkbox"/> 個案管理服務	<input type="checkbox"/> 諮詢服務	<input type="checkbox"/> 諮商輔導服務		
		<input type="checkbox"/> 個別家庭服務計畫	<input type="checkbox"/> 其他：請註明	<input type="checkbox"/> 交通服務		
復健與醫療服務	<input type="checkbox"/> 物理治療	<input type="checkbox"/> 職能治療	<input type="checkbox"/> 語言治療	<input type="checkbox"/> 個別心理治療	<input type="checkbox"/> 團體心理治療	
	<input type="checkbox"/> 聽力復健	<input type="checkbox"/> 精神科醫療	<input type="checkbox"/> 視力復健	<input type="checkbox"/> 營養諮詢	<input type="checkbox"/> 居家護理	
	<input type="checkbox"/> 居家復健	<input type="checkbox"/> 輔助器具	<input type="checkbox"/> 精神復健機構	<input type="checkbox"/> 障礙重新鑑定		
	<input type="checkbox"/> 最近鑑定時間_____年_____月_____日			<input type="checkbox"/> 重大疾病醫療：請註明		
	<input type="checkbox"/> 其他：請註明					
就學服務	<input type="checkbox"/> 定向行動	<input type="checkbox"/> 教育輔具	<input type="checkbox"/> 行為輔導	<input type="checkbox"/> 課業輔導	<input type="checkbox"/> 生活輔導	<input type="checkbox"/> 職能評估
	<input type="checkbox"/> 入學管道：請註明		<input type="checkbox"/> 校外實習：請註明職種及時間			
	<input type="checkbox"/> 其他：請註明					
安置服務	<input type="checkbox"/> 一般學校，班型：_____		<input type="checkbox"/> 特殊教育學校	<input type="checkbox"/> 日間服務機構		
	<input type="checkbox"/> 全日型住宿機構		<input type="checkbox"/> 夜間型住宿機構	<input type="checkbox"/> 護理之家		
	<input type="checkbox"/> 安養中心		<input type="checkbox"/> 緊急收容、庇護	<input type="checkbox"/> 其他：請註明		
就業服務	<input type="checkbox"/> 職業輔導評量	<input type="checkbox"/> 職業訓練	<input type="checkbox"/> 就業輔導	<input type="checkbox"/> 支持性就業		
	<input type="checkbox"/> 庇護性就業	<input type="checkbox"/> 工讀	<input type="checkbox"/> 其他：請註明			
其他	<input type="checkbox"/> 專用停車位識別證/專用牌照					
	<input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 願意 <input type="checkbox"/> 不願意	
		希望工作班別： <input type="checkbox"/> 不拘 <input type="checkbox"/> 一班制 <input type="checkbox"/> 二班制 <input type="checkbox"/> 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：						
<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本						
<input type="checkbox"/> 身心障礙證明(手冊)正反面影本						
<input type="checkbox"/> 功能評估表						
<input type="checkbox"/> 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@mail.tainan.gov.tw	
受理單位電話	06-6322231#6287			傳真電話	06-6320832	