



電子檔下載

身障職重個案管理服務

TEL : 04-7532490

FAX : 04-7239311

MAIL : d681052@email.chcg.gov.tw

彰化縣勞工處身心障礙者職業重建個案管理服務

職業重建轉介表

1130130 修訂

轉介單位	單位名稱				
	聯絡人		轉介日期	年 月 日	
	電話		傳 真		
	地 址				
轉介評估指標	** 下表所列為轉介必要條件，全部符合者使得進行轉介 **				
	<input type="checkbox"/> 1.個案本人具有就業、參與職業訓練或創業貸款等需求，且同意轉介並願意接受身心障礙者職業重建服務。				
	<input type="checkbox"/> 2.個案生、心理狀況穩定適於就業(含參訓、創業)之情形。				
	<input type="checkbox"/> 3.個案遭遇到求職困難(如求職管道不足、缺乏面試技巧、職涯方向不清等)。				
【個案資料】					
案主姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
身份證號碼		電話		手機號碼	
戶籍地址					
通訊地址					
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
障礙狀況	障礙類別/等級 (ICF 編碼)	致障時間	年 月	致障原因	
	致障部位				
	障礙現況	(是否伴隨其他障礙，障礙穩定性、目前治療、服藥等情形)			
	使用輔具狀況需求	1.行動狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 雖未使用輔具但行動緩慢 <input type="checkbox"/> 行動時需輪椅或拐杖 2.使用輔具： <input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> 支架(鐵鞋) <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
	生活自理能力	<input type="checkbox"/> 可自理 <input type="checkbox"/> 需要他人協助			
教育狀況	<input type="checkbox"/> 研究所以上 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 不識字				
	最高學歷	科 系	就學期間		是否畢業
			年 月 至	年 月	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

工作經驗	<input type="checkbox"/> 是 (請說明工作性質、任職時間、離職原因) 1. _____ 2. _____ 3. _____ <input type="checkbox"/> 否			
工作技能	(如：具備電腦文書能力、烘焙等專業證照)			
就業需求	就業服務意願	希望工作項目		
		希望工作地點		
	希望待遇		希望工作時間	<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職/部份工時 <input type="checkbox"/> 輪班
	職業訓練意願	(請說明欲參訓職種)		
身心狀況評估	(一) 認知能力 (記憶理解、推理、注意力等)			
	(二) 溝通能力 (語言理解、表達等)			
	(三) 學業能力 (語文閱讀、書寫、數學等)			
	(五) 社會化及情緒行為能力 (人際關係、情緒管理)			
已接受服務項目		<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 托育服務 <input type="checkbox"/> 輔導/諮商/心理治療服務 <input type="checkbox"/> 法律協助 <input type="checkbox"/> 醫療服務，請說明：_____ <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____		
未來需協助項目		<input type="checkbox"/> 庇護性就業 <input type="checkbox"/> 支持性就業 <input type="checkbox"/> 一般性就業 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 創業貸款 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____		
必要檢附資料 (請確認後勾選)		<input type="checkbox"/> 身障手冊/證明影本 <input type="checkbox"/> 身分證影本		
轉介單位/人員核章處：				