



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

彰化縣政府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

1140314 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		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

交通狀況	交通自理能力? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否, 他人可協助 <input type="checkbox"/> 否, 無人可協助 1.具有駕照: <input type="checkbox"/> 是 (種類: <input type="checkbox"/> 機車 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 其他: _____) <input type="checkbox"/> 否 2.自備交通工具: <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 腳踏車 <input type="checkbox"/> 汽車 <input type="checkbox"/> 三輪機車 <input type="checkbox"/> 其他: _____) <input type="checkbox"/> 否 3.會搭程大眾交通工具: <input type="checkbox"/> 是, 請說明: _____ <input type="checkbox"/> 否			
醫療情形	1.醫療狀況: <input type="checkbox"/> 未就診 <input type="checkbox"/> 就診 <input type="checkbox"/> 追蹤 <input type="checkbox"/> 住院治療, 最近1次住院日期: _____ <input type="checkbox"/> 其他_____ (1)就診醫院: _____ (2)就診原因: _____ (3)症 狀: _____ 2.服藥狀況: <input type="checkbox"/> 可自行服藥 <input type="checkbox"/> 需他人提醒 3.有無異常行為或情緒表現? <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 請描述_____ (如有某些習慣性的怪動作或固持行為,或曾在精神科就診、有精神上的異狀、過度好動興奮、焦慮、憂鬱或有受家暴的情形等)			
住所性質	<input type="checkbox"/> 1.自宅 <input type="checkbox"/> 2.租屋(房租:_____元/月) <input type="checkbox"/> 3.無固定居所 <input type="checkbox"/> 4.機構 <input type="checkbox"/> 5.其他: _____			
家庭狀況: 1.是否與家人同住: <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 有哪些成員? _____ 2.家屬中是否有其他身心障者? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, ___位障礙類別/等級: _____ 3.經濟狀況: (1) 主要經濟來源者: _____ (2) 家庭每月收入: 約_____元/月 (3) 現已運用之社會資源: <input type="checkbox"/> 身心障礙津貼_____元/月 <input type="checkbox"/> 收容教養補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 低收入戶生活補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 生活輔助器具補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 其他_____元/月		與家人相處情形: 		
家庭狀況概述: 		家庭狀況概述: 		
家庭支持系統 (家系圖): 				
監護人 或 聯絡人	姓名		與案主關係	
	聯絡電話		行動電話	
	聯絡地址			

工作經驗 (實習)	<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)			
	(四) 行動能力 (上下肢、姿勢變換、體耐力等)			
	(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"/> 身障證明影本 <input type="checkbox"/> 身分證影本			
轉介單位/人員核章處：				