

身心障礙者職業重建服務

身心障礙者就業轉銜資料表

- 備註：1. 本表由原就業轉銜資料表與申請者晤談表合併而成，提供單位於案主有就業需求（就業意願並有就業能力者）或職評需求時，欲轉介職業重建服務窗口所使用。
2. 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。
3. 請填表者隨表附上身分證、身心障礙證明影本（正反面）以及服務個案期間所有相關個案醫療、教育、職業訓練、或就業經歷等資料與服務紀錄/摘要。

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---|--|---|-------|-----------|--|----|---|------|--|
| 填表單位 | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 性 別 | <input type="checkbox"/> 男 | | 身分證字號 | | 障礙類別 | | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 女 | | 出生日期 | | 年 月 日 | | 障礙等級 | | |
| 戶籍地址 | | | | 聯絡電話 | | 日： | | 夜： | | |
| 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 核/換發日： | | | | |
| 法定代理人 (主要聯絡人) | | 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 | | | | | | | | | | |
| 健康狀況 | 身高 | 公分 | 視 | 左： | 色盲 | <input type="checkbox"/> 有 | 聽 | 左： | 智 力 | |
| | 體重 | 公斤 | 力 | 右： | | <input type="checkbox"/> 無 | 力 | 右： | 其他障礙 | |
| | <input type="checkbox"/> 未就診 <input type="checkbox"/> 就診 <input type="checkbox"/> 追蹤 <input type="checkbox"/> 住院治療 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | | | | |
| | 就診醫院： | | | | 就診原因： | | | 症狀： | | |
| | 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、是否影響其行動能力） | | | | | | | | | |
| | 使用輔具狀況與需求 | | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 持拐杖 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> 其他： | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | |
| 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 | | |

| | | |
|--------|--|---|
| 職業證照 | 職類/等級： | 會使用語言： <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 手語 <input type="checkbox"/> 其他_____ |
| 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 |
| 自備交通工具 | <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，請說明_____ | 交通/行動上是否需協助： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，_____ |

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"/> 低收入戶補助 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 托育養護費補助 <input type="checkbox"/> 生活輔助器具補助 <input type="checkbox"/> 創業貸款利息補貼 <input type="checkbox"/> 租賃房屋租金補助 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 獎助學金 | <input type="checkbox"/> 社會保險自付保費補助 <input type="checkbox"/> 中低收入身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 學雜費減免補助 <input type="checkbox"/> 其他：（請註明） |
| | 復建與醫療服務 | <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"/> 重大疾病醫療：（請註明） <input type="checkbox"/> 障礙重新鑑定（最近鑑定時間 年 月 日） <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"/> 全日型住宿機構 <input type="checkbox"/> 安養中心 | <input type="checkbox"/> 特殊教育學校 <input type="checkbox"/> 日間服務機構 <input type="checkbox"/> 夜間型住宿機構 <input type="checkbox"/> 護理之家 <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（評量日期： 評量機構： 職評員： ） <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 就業輔導 <input type="checkbox"/> 一般性就業 <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 | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| 六、工作能力〈體能、專長〉 | | | |
| 七、工作人格〈含工作態度、動機、習慣與工作社會技巧等〉 | | | |
| 八、支持需求〈如行動/交通、輔助器具、獨立生活、情緒/行為管理等〉 | | | |
| 六、工作特性 | | 1. 目前有無工作： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | 2. 為何想工作： |
| | | 3. 希望工作職種： | 4. 希望工作地點： |
| | | 5. 希望工作時間： | 6. 能否輪班/值夜班： <input type="checkbox"/> 能 <input type="checkbox"/> 不能 |
| | | 7. 希望待遇： | 8. 和非殘障者工作： <input type="checkbox"/> 喜歡 <input type="checkbox"/> 不喜歡 |
| | | 9. 生活作息： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 不正常 | 10. 不良嗜好： <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 無 |
| | | 11. 特殊專長： <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 無 | 12. 能否服從規範： <input type="checkbox"/> 能 <input type="checkbox"/> 不能 |
| | | 13. 能否使用雙手工作： <input type="checkbox"/> 能 <input type="checkbox"/> 不能，使用 <input type="checkbox"/> 右手 <input type="checkbox"/> 左手 | |
| | | 14. 有無異常行為或情緒表現： <input type="checkbox"/> 有_____ <input type="checkbox"/> 無 | |
| 七、職業相關經驗（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） | | 工作經驗 （含現職） | |
| | | 職訓/實習經驗 | |
| 八、案主主要需求 | | <input type="checkbox"/> 1 與就業相關之身心障礙福利措施之諮詢（如創業機會或就業貸款） <input type="checkbox"/> 2. 職業訓練 <input type="checkbox"/> 3. 庇護性就業 <input type="checkbox"/> 4. 一般性就業 <input type="checkbox"/> 5. 支持性就業 <input type="checkbox"/> 6. 其他：（請說明） | |
| 九、轉介者主要需求 （轉介目的） | | | |
| 填表者 | | 單位 | 職稱 |
| 聯絡電話 | | 電子信箱 | 填表時間 |

PS：請檢附個案身分證及身心障礙手冊(證明)影本

| | | |
|------------------|-----------------|--------------|
| 證 件 影 本 | 1. 身份證影本(正面) | 身份證影本(反面) |
| 證 件 影 本 | 1. 身心障礙證明影本(正面) | 身心障礙證明影本(反面) |