

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心職業訓練諮詢紀錄表

填寫說明:1. 報名者皆需填本表，若無法填寫時請由家長、監護人或轉介者協助填寫，以做為甄試訪談資料。
2. 本表若未填寫或未完整者，視同證件不齊全，未完成報名手續。

報名人姓名		身分證字號	
填表人姓名	<input type="checkbox"/> 同報名人	與報名人關係	

如何得知職業訓練訊息?(可複選)

- 收到簡訊 捷運車箱廣告 捷運燈箱廣告 計程車 小勞男孩(FB) YOUTUBE廣告 聽廣播
看電視 就服站 學校老師告知 社團 醫院 社區復健中心 公車廣告
看報紙 垃圾車紅布條 垃圾車廣播 中心網頁 家人(請說明: _____)
朋友(請說明: _____) 收到中心簡章 其他(請說明: (____))

基本資料

障礙情形資料

- 報名者身心障礙原因(請說明致殘時間與原因,例如出生時發燒、黃疸...):
 (1)發生時間: 出生時 ____歲 不清楚
 (2)原因: 發燒 黃疸 車禍 工作中因意外受傷 不清楚 其他: _____
- 是否伴隨其他生理障礙? 無 有(勾選此項可複選,請續答以下問題):
腦性麻痺 有癲癇 有精神疾病 有視力不佳 有聽覺障礙 肢體障礙
其他 _____
- 甄試時是否需要輔具協助? 不需要 需要(請續填以下輔助工具)
請中心提供輔具 _____ 或協助服務 _____
自備輔助工具 _____ 即可

證照及資料

- 是否具備報名班別相關技術士證照: 否 是 (請填寫下列項目)
 級別 甲級 乙級 丙級 _____
- 是否具備報名班別所規定之工作證明文件: 是 否
- 是否具電腦基礎操作能力: 是 否

生活自理能力

- 家庭中是否有其他人也是身心障礙者?
沒有 有, _____人, 與報名者之關係 _____, 其致障原因(請說明)
- 生活自理能力:(如廁、刷牙、洗澡、儀容整理、穿衣...)
大多需要別人協助 偶而需要別人協助 不需要別人協助
- 獨立行動能力(可複選):
搭客運 搭捷運 搭火車 乘坐復康巴士 家人接送 自己騎機車
騎腳踏車 開車 其他 _____
- 特殊行為:
有自傷行為 有過動傾向 曾交法院保護管束 有攻擊他人紀錄
對異性特別有興趣 無特殊行為

職業訓練情形	<input type="checkbox"/> 未曾參訓（勾選本項，以下免填） <input type="checkbox"/> 曾參訓： __年在__參加__訓練 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無領職訓生活津貼 __年在__參加__訓練 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無領職訓生活津貼 <input type="checkbox"/> 結訓後曾工作__年__個月； <input type="checkbox"/> 結訓後自行創業 <input type="checkbox"/> 結訓後未曾工作，原因： <input type="checkbox"/> 未媒合成功 <input type="checkbox"/> 交通問題 <input type="checkbox"/> 工作時間無法配合 <input type="checkbox"/> 技能未符職場需求 <input type="checkbox"/> 照顧家人 <input type="checkbox"/> 健康問題 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 其他
健康狀況	1. 身高__公分、體重__公斤、血型__ 聽力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 聽力受損 視力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 遠視 度數__ <input type="checkbox"/> 近視 度數__有 有無配戴眼鏡： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 2. 目前患有疾病或身體狀況： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 高血脂 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 洗腎 <input type="checkbox"/> 精神相關疾病 <input type="checkbox"/> 其他__ <input type="checkbox"/> 無 3. 報名者服藥及就醫狀況： 目前或曾長期服藥/病名：__ 發作頻率：__ 就醫處：__ <input type="checkbox"/> 其他請說明__ <input type="checkbox"/> 目前無服藥及就醫 4. 是否有抽菸喝酒吃檳榔等習慣： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 抽菸 <input type="checkbox"/> 飲酒習慣 <input type="checkbox"/> 吃檳榔 <input type="checkbox"/> 藥物濫用
家庭狀況	1. 報名者家中排行第__，住在一起的家人有__ 2. 家庭經濟主要來源： <input type="checkbox"/> 家人工作薪資 <input type="checkbox"/> 政府補助 <input type="checkbox"/> 二者皆有 <input type="checkbox"/> 其他__ 3. 家人對參訓之看法 <input type="checkbox"/> 支持 <input type="checkbox"/> 沒意見 <input type="checkbox"/> 反對，原因__ 4. 家中是否有年長親屬或年幼子女需照料： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否。 若回答”是”，請問有無接替人選： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 5. 參訓期間支出是否足夠： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 6. 參訓期間家中是否需要仰賴你的收入： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 7. 住家距受訓地點是否有交通問題： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 其他：__
身分可複選	1. 已領取公教人員保險養老給付、勞工保險老年給付、軍人退休俸、公營事業退休金： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 符合社會救助法低收入戶或中低收入戶資格、領取中低收入老人生活津貼或身心障礙者生活補助費者： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 是否符合領取老年給付資格： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

以上填寫內容經報名人確認無誤。

報名人簽章：_____ 填表人簽章：_____

※未滿二十歲且未婚者、受監護宣告或輔助宣告身分，請法定代理人、監護人或輔助人於下方簽章(無此身分不需簽章)

受監護或輔助宣告或法定代理人簽章：_____ 身分證統一編號：_____