**高雄市身心障礙者服務中心服務轉介表(CM-009)**

編號： 轉介日期： 年 月 日

|  |
| --- |
| **轉出單位資料** |
| 轉出單位 |  | 聯絡人 |  |
| 聯絡電話 |  |
| 傳真電話 |  |
| E-mail |  |
| 通報人員 |  | 主管 |  |
| **服務使用者基本資料** |
| 服務使用者姓名 |  | 性 別 | □男□女 | 出生日期 | 年 月 日 歲 |
| 戶籍地址 |  | 身分證字號 |  |
| 通訊住址 |  | 電話/手機 |  |
| 聯絡人 |  | 關係 |  | 電話/手機 |  |
| 障礙類別 | □舊制：□視覺障礙 □聽覺障礙 □聲音及語言機能障礙 □肢體障礙（□上肢□下肢） □智能障礙 □自閉症 □頑性癲癇 □顏面損傷 □植物人 □罕見疾病 □失智症□平衡機能障礙 □慢性精神疾病 □重器障 □多重障礙： □其他 □新制(代碼)：ICF編碼【 】/ICD診斷【 】□第一類：神經系統構造及精神、心智功能□第二類：眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛□第三類：涉及聲音與言語構造其功能 □第四類：循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能□第五類：消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 □第六類：泌尿與生殖系統相關構造及其功能□第七類：神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能□第八類：皮膚與相關構造及其功能□其 他：□多重障礙者□經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙者□其他經中央衛生主管機關認定之障礙者（□染異□先天代謝異常□先天缺陷）未持身心障礙證明：□身心障礙證明過期 □身心障礙鑑定中 |
| 障礙等級 | □1.輕度 □2.中度 □3.重度 □4.極重度 |
| 致障原因 | □1.先天，說明： □2.後天，說明： □3.其他  |
| 福利身份 | □1.低收入戶： 款 □2.中低收入戶　□3.領有身心障礙生活補助 □4.一般戶 □5.其他 |
| 特殊身份 | □1.原住民 □2.榮民、榮眷 □3.新住民，國籍 □ 4.其他\_\_\_\_\_\_\_ |
| 教育程度 | 1.□未接受教育 2.□有接受教育：□2.1國小 □2.2國中 □2.3高中(職) □2.4專科/大學 □2.5研究所以上 說明：  |
| 居住狀況 | □1.自宅 □2.租屋 元/月 □3.醫療院所 □4.住宿機構（□教養機構 □長照機構 □護理之家 □安養機構 □精神復健機構）□5.職訓機構: □6.中途之家 □7.社區家園 □8.無固定住所 □9.親友家中 □10.宿舍(學校/公司) □11.其他：(請說明)  |
| 服務使用者及其家庭狀況 | 【簡述服務使用者概況、服務使用者需特別注意之情況、已提供之服務等及家庭概況】 |
| 家系圖/生態圖 | 【繪製並描述家庭狀況如年齡、職業及目前資源使用狀況等】 |
| 服務需求項目 | □醫療及復健 □輔具 □學校教育 □就業 □ 個人照顧 □居家協助 □經濟協助 □家庭照顧者支持 □安全 □參與社會 □權益爭取倡導 □其他  |
| 問題/需求陳述 |  |
| 轉介目的 | 【描述期待受轉介單位提供之服務】 |
| 轉介資料 | □身心障礙證明 (請附正反面影本) □身分證影本□個案基本資料 □相關評估資料： □其他：  |

**---------------------------------------------------------**

|  |
| --- |
| **轉介回覆表(CM-010)** |
| 1.評估時間：已於 年 月 日進行評估。2.評估結果：(1)□開新個案 (2)□已是處遇中個案 (3)□非本轄區案件 (4)□非本轄區案件，轉介其他縣市 (5)□已有服務單位 (6)□其他 說明：評估人員:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 主管:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 受轉介單位資料 |
| 受轉介單位 | 高雄市政府社會局無障礙之家 | 聯絡電話 | 07-8139022 |
| 傳真電話 | 07-8136091 |
| E-mail | homew1@kcg.gov.tw |