

高雄市政府勞工局博愛職業技能訓練中心
受理身心障礙者職業重建服務轉介單 (社政)

轉 介 評 估 指 標	下表所列 1-3 項為必要條件，4-5 項請視實際狀況勾選，經評估符合者使得轉介。			
	<input type="checkbox"/> 1. 服務使用者同意轉介職業重建服務。 <input type="checkbox"/> 2. 服務使用者未有嚴重的生、心理受創問題而不適於就業之情形。 <input type="checkbox"/> 3. 服務使用者願意到本市各職業重建服務據點辦理求職登記、接受就業諮詢服務。 <input type="checkbox"/> 4. 服務使用者現階段想要更換或找尋工作。 <input type="checkbox"/> 5. 服務使用者於最近二個月內有實際求職行動，但未能順利就業。			
轉 介 單 位	單位名稱		聯絡電話	
	承辦人/ 職稱		傳真號碼	
轉介案來源		<input type="checkbox"/> 低/中低收入戶轉介案 <input type="checkbox"/> 脆弱家庭服務轉介案 <input type="checkbox"/> 家庭暴力及性侵害防治中心轉介案 <input type="checkbox"/> 其它_____		
個 案 資 料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	身分證字號		生日	年 月 日
	市話		手機	
	障礙類別 障礙等級	第_____類(請填 1-8) 輕 中 重 極重度(請圈選)	障礙狀況 補充說明	
	通訊地址		教育程度	(校名) <input type="checkbox"/> 畢 <input type="checkbox"/> 肄業
	緊急聯絡人 /稱謂		緊急聯絡人 電話	

3. 服務使用者就業能力及就業期待：

4. 其他補充事項或特殊需求：

核
章
欄

【由轉介單位核章】

承辦人：_____

單位主管：_____

轉介日期： 年 月 日

※本表核章後，請傳真至 07-3156517 或以電子郵件傳送至 happyliianne@gmail.com 信箱，

並請來電與承辦窗口確認（博訓中心輔導課劉小姐，07-3214033 轉 211），謝謝您！