

就業服務個案評估表暨轉介單

111.11.07 修

轉介單位	單位名稱							
	聯絡人		轉介日期					
	電話		傳真					
	Mail							
	地址							
	聯合訪視		<input type="checkbox"/> 本案經評估，期望採用聯合訪視模式共同提供服務。					
轉介前必要符合項目	<input type="checkbox"/> 1. 個案同意轉介就業服務資源。 <input type="checkbox"/> 2. 個案現階段未有嚴重的生、心理受創問題而暫不適於就業之情形。 <input type="checkbox"/> 3. 個案願意配合就業服務人員辦理求職登記、接受就業諮詢服務等。							
轉介前參考指標項目	1. 個案能否接受推介投保勞保之職缺 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，簡述不接受原因：_____ 2. 個案目前是否有債務問題？ <input type="checkbox"/> 是，債務狀況：_____ <input type="checkbox"/> 否 2-1 承上，若有債務問題，是否接受薪資轉帳被強制扣款一定比例。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 個案就業後，是否會影響其現有的福利資格。 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 無法確定 <input type="checkbox"/> 4. 個案現階段明確表示想要更換工作、找尋工作者或創業者。 <input type="checkbox"/> 5. 個案有明確的尋職壓力（經濟需求、親友或同儕施加壓力）。 <input type="checkbox"/> 6. 個案於最近一個月內，有具體求職行動。 <input type="checkbox"/> 7. 個案已明確表示要參加職業訓練(暫無求職規劃)。							
受轉介單位	單位名稱	高雄市政府勞工局訓練就業中心		聯絡窗口：邱玟靜 電話：07-7330823 分機 506 傳真：07-7333940 Mail：ktec501@gmail.com 地址：高雄市鳥松區大埤路 117 號				
個案 基	姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號		
	電話	1.	出生日期		年 月 日 (歲)			
		2.	居住地址					
	E-Mail							
學歷	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所以上							

本 資 料	學校名稱/科系：_____ <input type="checkbox"/> 畢		
	婚姻	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	扶養親屬	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 未成年或無工作能力子女____人 <input type="checkbox"/> 老人____人	
	緊急聯絡人	姓名： 電話：	訴訟 狀況 <input type="checkbox"/> 訴訟中 <input type="checkbox"/> 未訴訟
	前科紀要與類別(更生案件填寫)	罪名：_____ 出獄日期：_____ <input type="checkbox"/> 假釋(期間： 年 月 日~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 期滿 <input type="checkbox"/> 緩刑 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 施用毒品者	
	經濟壓力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： <input type="checkbox"/> 房貸 <input type="checkbox"/> 養育子女 <input type="checkbox"/> 其他債務 <input type="checkbox"/> 其他：_____	
	健 康 狀 況	身障手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，障別：_____ 程度： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 狀況描述：_____
生理		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 欠佳，狀況描述：_____	
心理		情緒狀況描述：_____ 心理受創問題尚須諮商服務(已接受諮商服務 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否)	
健康問題是否就醫		<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是： <input type="checkbox"/> 規則 <input type="checkbox"/> 不規則 ；就醫頻率說明：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____ (例如：高血壓、糖尿病、輕度憂鬱症，等可能影工作的疾病，請敘明)	
社 會 資 源 使 用 狀 況	一、目前使用福利服務項目：(安置庇護、諮商輔導、居家服務等)		
	二、經濟補助方面 <input type="checkbox"/> 政府定期補助：(目前持續請領中) ● 項目名稱：_____ 每月_____元 ● 項目名稱：_____ 每月_____元 ● 項目名稱：_____ 每月_____元 <input type="checkbox"/> 非定期補助：(轉介前後3個月，已取得或即將取得的補助、金額可填概略數) <input type="checkbox"/> 1. 急難救助(核發金額：_____) <input type="checkbox"/> 2. 緊急生活扶助(核發金額：_____) <input type="checkbox"/> 3. 子女生活津貼(核發金額：_____) <input type="checkbox"/> 4. 子女教育補助(核發金額：_____) <input type="checkbox"/> 5. 傷病醫療補助(核發金額：_____) <input type="checkbox"/> 6. 兒童托育津貼(核發金額：_____) <input type="checkbox"/> 7. 法律訴訟補助(或法律費用補助)(核發金額：_____) <input type="checkbox"/> 8. 創業貸款補助(核發金額：_____) <input type="checkbox"/> 9. 租金補助(核發金額：_____ 核發日期：_____) <input type="checkbox"/> 10. 民間慈善團體資助 ● 補助單位：_____，金額：_____		

	<ul style="list-style-type: none"> ● 補助單位：_____，金額：_____ ● 補助單位：_____，金額：_____ <input type="checkbox"/> 11. 其它(補助名稱：_____核發金額：_____)	
個案期待就業服務內容	希望從事工作	1. _____ 2. _____ 3. _____
	希望工作地點	1. _____ 2. _____ 3. _____
	希望工作時間 (可複選)	<input type="checkbox"/> 日班 <input type="checkbox"/> 中班 <input type="checkbox"/> 夜班 <input type="checkbox"/> 輪班制 <input type="checkbox"/> 部分工時，自 _____ 時 _____ 分至 _____ 時 _____ 分止
	希望待遇	<input type="checkbox"/> 月薪 <input type="checkbox"/> 日薪 <input type="checkbox"/> 時薪：新臺幣 _____ 元 <input type="checkbox"/> 依公司規定
	個案方便聯繫時間	<input type="checkbox"/> 08：00-12：00 <input type="checkbox"/> 12：00-13：00 <input type="checkbox"/> 13：30-17：30 <input type="checkbox"/> 其他時段：_____
轉介單位服務簡述	<p>一、家庭成員互動情形(請另附家系圖，並請註明與配偶是否同住、是否提供經濟扶養之情形) ※如已另附轉介單位輔導摘要紀錄已有敘述者可免填</p> <p>二、個案問題或現況主述與未來規劃(個人心理生理狀態、個人未來就業生涯規劃. 等)</p>	
核章欄	承辦人： _____ 單位主管： _____	