【表 11】 **自立生活服務轉介單** 轉介日期： 年 月 日

一、 服務使用者基本資料	
姓名：	生理性別： □男 □女 □其他_____
身分證字號：	出生日期： 年 月 日
聯絡電話（家）:	聯絡電話（手機）:
戶籍地址：	
居住地址：	
身份別： □身心障礙證明（等級： ） □重大傷病卡 □診斷證明 □低收入戶 □中低收入戶 □直系血親無力照顧者	
首次發病年紀：	主要診斷：
首次發病的創傷事件：	
目前就醫狀況： _____醫院 / 診所（穩定就醫 □是 □否，已持續：____個月）	

當事人自覺重要關係聯繫人		
姓名：	關係：	聯絡電話：

二、 轉介來源資料	
轉介單位：	轉介人 / 職稱：
轉介人聯絡電話：	轉介人電子郵件：
轉介來源： □ 衛生局/社區心理衛生 □ 醫療機構 □ 社福團體 □ 案主/家屬自行申請 □ 其他：_____	

三、 收案篩選評估（請轉介單位協助初步勾選）

1. **居住地：** 設籍或實際居住於高雄市。 □符合 □不符合
2. **年齡：**年齡 20 歲以上，60 歲以下。□符合 □不符合
3. **優先資格：**低收入戶、中低收入戶或直系血親無力照顧者優先。□符合 □不符合
4. **病況穩定度：** 最近半年內精神狀態穩定，無自傷傷人之虞。 □符合 □不符合
5. **疾病狀態：**無重大內外科疾病，願意接受精神科治療。□符合 □不符合
6. **行為能力：** 具備基礎生活自理能力，足以配合同儕支持員執行社區活動。 □符合 □不符合
7. **自立動機：** 具備「社區自立生活」意願，或對改善生活品質有初步期待。 □符合 □不符合
8. **核心需求（多選）:** □ 需要朋友 □ 交通運用 □ 金錢管理 □ 健康管理/規律就醫
   □ 家務處理 □ 社區參與 □ 職涯探索/就業

四、 預期申請服務項目

☐ 自立生活指導服務： 期待同儕支持員（生活教練）陪伴執行交通、金錢或家務訓練等。
☐ 職能培訓與職涯支持： 期待進行職涯釐清（CGK）、企業參訪或職場適應等。
☐ 社區融合活動： 期待參與藝文、體育活動或志工服務等，重建社會連結。
☐ 網絡資源轉介： 期待協助連結居服、交通補助、生活津貼或就服員資源等。

五、 轉介目的與特殊事項

主要需求（請簡述服務使用者目前的期望、夢想）：

風險 / 特殊需求（如：過往暴力史、藥物濫用史、特殊過敏或人際敏感度等）：

六、 協會處理紀錄（轉介單位請勿填寫）

受理人：	受理日期： 年 月 日

評估結果：

☐ 開案（預計分派：☐專案管理員 ☐同儕支持員）

☐ 暫緩 / 無法開案（原因：☐條件不符 ☐病況不穩 ☐無意願 ☐轉介他處：_____）

☐ 待補資料（缺失：_____）

預計初評工具：☐RAS-DS ☐ILSS ☐個人良藥

預計施測日期： 年 月 日	實際施測日期： 年 月 日