|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 收案案號： |  | 派案日期： |
| 收件日期： |  | 收案社工員： |
| 申請單位 |  | 申請日期 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 填表人員 |  | 聯絡電話 |  |
| 聯絡地址 |  | 傳真電話 |  |
| 通報目的 | □依據「身心障礙者生涯轉銜計畫實施辦法第4條」，填具轉銜通報表通報之。□一般身障福利服務資源與問題/需求協助。※溫馨提醒！！**本服務非身障保護通報**，醫事人員、社會工作人員、教育人員、警察人員、村（里）幹事及其他執行身心障礙服務業務人員，知悉身心障礙者有身心障礙權益保障法第75條各款情形之一者應立即向直轄市、縣（市）主管機關通報，至遲不得超過二十四小時。村（里）長及其他任何人知悉身心障礙者有前條情形者，得通報直轄市、縣（市）主管機關。※身心障礙權益保障法第75條：對身心障礙者不得有下列行為：①遺棄；②身心虐待；③限制其自由；④留置無生活自理能力之身心障礙者於易發生危險或傷害之環境；⑤利用身心障礙者行乞或供人參觀；⑥強迫或誘騙身心障礙者結婚；⑦其他對身心障礙者或利用身心障礙者為犯罪或不正當之行為。 |
| 回覆方式 | □1.無須回覆 | □2.電話回覆 | □3.通報申請回覆表回覆 |
| 姓名 |  | 性別 | □男□女 | 出生日期 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 身分證字號 |  | 聯絡電話 |  | 手 機 |  |
| 地址 | 戶籍地址： |
| 通訊地址： |
| 聯絡人（一） |  | 關 係 |  | 聯絡電話 |  |
| 聯絡人（二） |  | 關 係 |  | 聯絡電話 |  |
| 障礙類別 | □第一類(神經、心智、精神)□第二類(眼耳、感官)□第三類(聲音、言語)□第四類(循環、造血、免疫、呼吸)□第五類(消化、新陳代謝與內分泌) □第六類(泌尿與生殖) □第七類(神經、肌肉、骨骼) □第八類(皮膚)□其他： |
| 有效期限： |
| 障礙等級 | □1.輕度 | □2.中度 | □3.重度 | □4.極重度 |
| 重大傷病 | □1.否 | □2.是，說明：（請填寫疾病代碼、名稱及有效期限） |
| 居住地點 | □1.自宅 □2.租屋 □3.醫療院所 □4.教養機構 □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.照護機構□11.其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 身分別 | □1.一般戶 | □2.達最低生活費1.5-2.5倍 | □3.未達最低生活費1.5倍 |
| □4.低收入戶， | 第 |  | 款 | □5.榮民/眷 | □6.中低收入戶 |
| □7.原住民 | □8.其他 | 【說明】： |
| 需求/問題描 述 | (請盡可能填寫完整資訊，包括家系生態圖、身心障礙者狀況、家庭狀況、需求或訴求等) |
| 備 註 | 請傳真或E-mail至本中心，並來電確認成功收件。 |
| 單位資訊 | 辦理單位：財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會【嘉西區服務中心】服務區域：朴子、布袋、義竹、六腳連絡電話：(05)370-1068傳真電話：(05)370-1069電子信箱：stmswf.w206@gmail.com服務地址：嘉義縣朴子市山通路106號3樓(侯守恩診所旁)【嘉南區服務中心】服務區域：水上、鹿草、太保、東石連絡電話：(05)2778388分機1606-1622傳真電話：(05)276-6971電子信箱：cy-center@stm.org.tw、ncy.center@gmail.com服務地址：嘉義市東區民權路60號2樓(聖馬爾定醫院民權院區)  |