|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 案 號： |  | 申請日期： |  |
| 轉介單位 |  | 轉介日期 |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 轉介人員 |  | 聯絡電話 |  |
| 電子信箱 |  | 傳真電話 |  |
| 回覆方式 | □1.無須回覆 □2.電話回覆 □3.mail回覆 □4.傳真回覆 |
| 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、自閉) | □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) |
| 身障證明有效期限： |  | 年 |  | 月 |  | 日 | 【說明】： |
| 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） |
| 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】： |
| 個人/家庭描述 | (請盡可能填寫完整資訊，包括家系生態圖、身心障礙者狀況、家庭狀況等) |
| 受案單位 | 財團法人私立天主教中華聖母社會福利慈善事業基金會-樸仔島作 |
| 單位地址 | 嘉義縣朴子市山通路106號2樓 | 電子信箱 | workshop.puzi@gmail.com |
| 聯絡電話 | 05-3701610 | 傳真電話 | 05-3701069 |
| 受案社工員 | 施冠伶 社工員 | 單位主管 | 廖怡貞 社福主任 |
| 備 註 | 請傳真或E-mail至本會，並來電確認；本會將於完成評估後回覆結果。 |