

基隆市政府社會處勞資關係科職業重建服務轉介表

轉介基本條件	1. 領有身心障礙手冊之 15 歲以上(國民中學畢業)之求職者為服務對象。 2. 求職者同意轉介職業重建服務(含就業前準備、就業媒合、就業支持、穩定就業後支持)					
轉介單位	單位名稱					
	聯絡人			轉介日期	年 月 日	
	聯絡電話			傳真電話		
求職者基本資料						
姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日__歲
戶籍地址				身分證字號		
通訊住址				電話/手機		
聯絡人			關係		電話/手機	
障礙類別	<input type="checkbox"/> 第一大類： <input type="checkbox"/> 6.智能障礙 <input type="checkbox"/> 9.植物人 <input type="checkbox"/> 10.失智症 <input type="checkbox"/> 11.自閉症 <input type="checkbox"/> 12.慢性精神疾病 <input type="checkbox"/> 14.頑性癲癇症 <input type="checkbox"/> 0.其他 _____ <input type="checkbox"/> 第二大類： <input type="checkbox"/> 1.視覺障礙 <input type="checkbox"/> 2.聽覺障礙 <input type="checkbox"/> 3.平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 0.其他 _____ <input type="checkbox"/> 第三大類： <input type="checkbox"/> 4.聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 0.其他 _____ <input type="checkbox"/> 第四大類： <input type="checkbox"/> 7.重要器官失去功能：(<input type="checkbox"/> 心臟 <input type="checkbox"/> 造血機能 <input type="checkbox"/> 呼吸器官) <input type="checkbox"/> 0.其他 _____ <input type="checkbox"/> 第五大類： <input type="checkbox"/> 7.重要器官失去功能：(<input type="checkbox"/> 吞嚥機能 <input type="checkbox"/> 胃 <input type="checkbox"/> 腸道 <input type="checkbox"/> 肝臟) <input type="checkbox"/> 0.其他 _____ <input type="checkbox"/> 第六大類： <input type="checkbox"/> 7.重要器官失去功能：(<input type="checkbox"/> 腎臟 <input type="checkbox"/> 膀胱) <input type="checkbox"/> 0.其他 _____ <input type="checkbox"/> 第七大類： <input type="checkbox"/> 5.肢體障礙：(<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢) <input type="checkbox"/> 0.其他 _____ <input type="checkbox"/> 第八大類： <input type="checkbox"/> 8.顏面損傷 <input type="checkbox"/> 0.其他 _____ <input type="checkbox"/> 13.多重障礙(僅限無細項類別者勾選) <input type="checkbox"/> 15.罕見疾病：_____ <input type="checkbox"/> 16.先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 16.染色體異常 <input type="checkbox"/> 16.其他先天性缺陷)					
ICF 編碼						
障礙等級	<input type="checkbox"/> 1.輕度 <input type="checkbox"/> 2.中度 <input type="checkbox"/> 3.重度 <input type="checkbox"/> 4.極重度					
致障原因	<input type="checkbox"/> 1.先天，說明：_____ <input type="checkbox"/> 2.後天，說明：_____ <input type="checkbox"/> 3.其他_____					
教育程度	1. <input type="checkbox"/> 未接受教育 2. <input type="checkbox"/> 有接受教育： <input type="checkbox"/> 1.國小 <input type="checkbox"/> 2.國中 <input type="checkbox"/> 3.高中(職) <input type="checkbox"/> 4.專科/大學 <input type="checkbox"/> 5.研究所以上 說明：_____					
居住狀況	<input type="checkbox"/> 1.自宅 <input type="checkbox"/> 2.租屋_____元/月 <input type="checkbox"/> 3.醫療院所 <input type="checkbox"/> 4.教養機構 <input type="checkbox"/> 5.職訓機構 <input type="checkbox"/> 6.中途之家 <input type="checkbox"/> 7.社區家園 <input type="checkbox"/> 8.無固定住所 <input type="checkbox"/> 9.親友家中 <input type="checkbox"/> 10.宿舍(學校/公司) <input type="checkbox"/> 11.其他：(請說明)_____					

<p>求職者及其 家庭狀況</p>	<p>【簡述求職者問題/需求、服務使用者需特別注意之情況、已提供之服務等】</p> <p>(一)求職者現況</p> <p>(二)支持系統/家庭成員</p> <p>(三)經濟狀況/環境</p>
<p>家系圖/ 生態圖</p>	<p>【繪製並描述家庭狀況如年齡、職業及目前資源使用狀況等】</p>
<p>工作經驗</p>	
<p>問題/需求陳述</p>	

轉 介 回 覆 表

回覆單位：		收案日期： 年 月 日	
求職者姓名		回覆日期： 年 月 日	
處理情形	1. 評估時間：已於____年____月____日進行評估。		
	2. 評估結果：		
	(1) <input type="checkbox"/> 已受案： _____		
(2) <input type="checkbox"/> 不受案： _____			
(3) <input type="checkbox"/> 資源連結或其他服務： _____			
職管員		單位 主管	

轉介追蹤回覆表

回覆單位：		收案日期： 年 月 日	
求職者姓名		回覆日期： 年 月 日	
處理情形			
	職管員		單位 主管