

基隆市政府

衛政機構-職業重建服務轉介表

轉介單位	單位名稱					
	聯絡人		轉介日期	年 月 日		
	電話		傳真			
轉介 基本條件 (須同時符合 右列兩選項)	<input type="checkbox"/> 1. 設籍或實際居住於臺北市，且領有精神障礙手冊或身心障礙第一類別證明之15歲以上(國民中學畢業)之求職者為服務對象。 <input type="checkbox"/> 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)					
受轉介單位	單位名稱					
求職者資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日
	身分證字號			聯絡電話		
	聯絡地址					
	最近一次工作經歷					
	最高學歷 學校科系			緊急連絡電話		緊急連絡人
<p>※我想工作：<input type="checkbox"/>否，以下免填。 <input type="checkbox"/>是，我想要找的工作是：_____、_____、_____</p> <p>請繼續填答下列問題。 求職者簽名：_____</p>						
求職者自我評量表	1. 我能照顧自己，例如：購買餐點、上廁所、行動等。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	2. 我能聽醫生的話吃藥。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	3. 我能搭車上下班。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	4. 我不會亂生氣。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	5. 我可以遵守上下班時間。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	6. 我可以和同事一起工作。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	7. 我會聽老闆的話做事。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	8. 我一天可以工作4小時以上。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
	9. 我遇到困難會想辦法解決。					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

說明：

A：上述 9 題若求職者有 5 題以上回答是，請續填下列評估表；若只有 4 題以下，本次免轉介並請與求職者說明先做好工作前之準備再來找工作。

B：求職者就業加勞保後，可能產生日間費用補助等問題，請機構轉出前務必先溝通清楚。

1. 求職者曾接受之服務或訓練（含性質、職類、起訖時間及其他等）請說明：
2. 求職者在機構或接受服務或訓練之表現（含出缺勤狀況、工作態度、配合度、人際互動情形、情緒穩定度、專注度及其他等）請說明：
3. 求職者自我照顧能力評估，請說明：
4. 求職者醫療及用藥情形說明（含發病原因、疾病症狀、醫療穩定性、服藥規律性、藥物副作用等）請說明：
5. 求職者若有特殊情形（例如刑事案件、保護安置等）請說明：
6. 對求職者就業能力的綜合評估意見：

機構
服務
摘要
及
評估

填妥轉介單請與受轉介單位連絡，並確認受轉介單位已經受案。

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	