

職業災害勞工需求問卷調查表

親愛的縣（市）民朋友您好：

本府頃接獲勞保局通知，在此除深表關懷外，並期望了解您在發生職災後的身體復原情形等，故請您填寫此問卷，俾利本府了解您的問題及需求，適時提供服務及相關資源，亦可逕與我們聯繫，以維護職災勞工權益。

聯繫請洽基隆市政府社會處勞工行政科職災專業服務人員

電話：24201122#2207-2208/24250575 傳真電話：24241444 地址：基隆市中正區義一路一號

敬祝 平安 健康

基隆市政府敬上

姓 名	出生年次		民國 年 月 日 身份字號		
	學 歷		<input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 碩士		
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居		
聯 絡 電 話	手機： 家裡：	勞保狀況	<input type="checkbox"/> 有加保-雇主單位 <input type="checkbox"/> 投保工會 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 未加保 <input type="checkbox"/> 國保 <input type="checkbox"/> 其他		
職災發生時間	年 月 日	發生原因	<input type="checkbox"/> 執行業務 <input type="checkbox"/> 上、下班交通事故 <input type="checkbox"/> 被撞 <input type="checkbox"/> 感電 <input type="checkbox"/> 物體飛落 <input type="checkbox"/> 被捲被夾 <input type="checkbox"/> 墜落 <input type="checkbox"/> 氣爆 <input type="checkbox"/> 爆炸		
受傷部位及狀況說明	職災類別： <input type="checkbox"/> 受傷 <input type="checkbox"/> 失能 <input type="checkbox"/> 職業病 <input type="checkbox"/> 死亡 職災狀況： <input type="checkbox"/> 頭/頸 <input type="checkbox"/> 顏面 <input type="checkbox"/> 手掌/指 <input type="checkbox"/> 手臂 <input type="checkbox"/> 脊椎 <input type="checkbox"/> 腳掌/指 <input type="checkbox"/> 小腿 <input type="checkbox"/> 大腿 <input type="checkbox"/> 其他				

一、請問您目前醫療狀況？

- 完全復原 門診追蹤治療/復健中 住院治療

二、請問您目前之就業狀況？

- 已復工 原事業單位 新事業單位
未復工 仍在職，請公傷病假中
勞資爭議中，未能順利復職
暫無工作意願
參加職訓中
請領失業給付中
已離職，待業求職中

三、請問您是否持有身心障礙證明(手冊)？

- 有 障別：_____障，輕度 中度 重度 極重度
無 原因：不需要 鑑定中 未申請鑑定 已鑑定未通過
其他 _____

四、請問您是否有勞資爭議等狀況？無（續答第5題） 有（以下請續填）

- 已協調並結束爭議 協調處理中 尚未處理

五、請問您是否有申請以下相關補助？

- 勞保職災傷病給付 勞保職災失能給付 身心障礙者生活補助
縣（市）府職災慰助金 社會處（區公所）急難救助 其他：_____

六、請問您需要那些協助？

- 無須服務
須服務 提供勞保、勞資爭議調解、福利、法律等諮詢 協助申請急難救助
提供就業機會，重返職場 提供職訓，培養一技之長
提供創業資訊 提供心理諮商
申請看護或提供身心障礙者補助資訊
其他 _____（可複選）

本人：_____ 同意 不同意

由(基隆市政府)提供暨轉介相關單位提供服務，並將本人資料供其聯繫使用。