

新竹市早期療育補助自費療育單位申請表

單位名稱			
申請類別	<input type="checkbox"/> 公私立早期療育機構 <input type="checkbox"/> 身心障礙福利機構 <input type="checkbox"/> 早療特約醫療單位 <input type="checkbox"/> 經本市同意之機構或單位：(立案機關： <input type="checkbox"/> 衛政主管機關 <input type="checkbox"/> 教育主管機關 <input type="checkbox"/> 社政主管 <input type="checkbox"/> 其他_____)		
單位負責人		單位電話	
立案地址			
療育服務地址	<input type="checkbox"/> 同上		
聯絡人		電話：	E-mail：
療育項目/療育人員數量	預計每週最大服務人次 (依兒童及少年福利機構設置標準辦理)		
	個別化療育	團體療育(最高1:3)	其他
<input type="checkbox"/> 物理治療；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 職能治療；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 心理治療；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 語言治療；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 聽力治療(聽覺復健)； _____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 針灸治療；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 感覺統合；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 認知學習；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 遊戲療育；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 戲劇療育；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 藝術療育；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 音樂療育；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 體適能；_____人	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 其他：_____；_____	服務_____人次	服務_____人次	服務_____人次
申請單位大章及負責人章		申請日期： 中華民國_____年_____月_____日	

附件二

新竹市早期療育自費療育單位服務計畫書

一、單位名稱：

二、單位立案時間及立案證明字號：

三、服務空間：(請檢附平面圖,並標示療育空間及附照片。另,若為僅辦理居家到宅服務,得免填寫)

(一) 服務空間_____ 平方公尺

(二) 空間規劃情形：僅進行單一療育

合併與_____與_____療育,請說明：_____

四、服務時間：

五、服務流程：

六、成效評估方式：初次申請者僅需填寫成效評估方式

(一)成效評估方式

1. 成效評估工具：

2. 成效評估頻率：每_____個月進行1次幼童療育成效評估。

(二)前期成效評估績效(至少須進行6個月療育服務整體成效統計分析)

1. 原預期總療育服務_____人次,實際總療育服務_____人次,達成率_____%。

2. 家長問卷調查：問卷發放_____份(I),回收有效問卷_____份(J),回收率(J/I)=_____%,請參酌範例填寫

題項	勾選份數/總份數		
1. 評估人員有讓我參與評估過程	完全沒有 _____ %	部分過程參與 _____ %	全程參與 _____ %
2. 評估人員有詢問我孩子的主要問題	沒有_____ %	有_____ %	
3. 評估人員有詢問我的期待	沒有_____ %	有_____ %	
4. 評估人員有告知我評估的結束	沒有_____ %	有_____ %	
5. 我瞭解小孩目前的發展狀況	完全沒瞭解 _____ %	部分瞭解 _____ %	全部瞭解 _____ %

題項	勾選份數/總份數			
6. 評估人員有讓我在評估報告上簽名	沒有 _____ %		有 _____ %	
7. 評估人員有和我討論療育目標	沒有 _____ %		有 _____ %	
8. 評估人員建議的活動適合我在家裡面進行	非常不適合 _____ %	不適合 _____ %	適合 _____ %	非常適合 _____ %
9. 療育人員有建議我回家做的活動	完全沒有 _____ %	有時候有 _____ %	每次都有 _____ %	
10. 療育人員建議的活動適合我在家裡面進行	非常不適合 _____ %	不適合 _____ %	適合 _____ %	非常適合 _____ %
11. 療育人員有和我討論療育成效	完全沒有 _____ %	有時候有 _____ %	每次都有 _____ %	
12. 療育人員有和我討論在家裡執行的狀況	完全沒有 _____ %	有時候有 _____ %	每次都有 _____ %	

3. 上半年療育服務成效指標：

整體目標服務成效：計服務幼兒_____人，療育目標行為整體達成率為_____%。

兒童代號					總計
目標達成及評分					
總設定目標數 A					
超過目標行為(3分)B					
達成目標行為(2分)C					
未達成目標但比起始行為進步(1分)D					
與起始行為相同(0分)E					
比起始行為退步(-1分)F					
達成目標總分 A*2分					
實際得分 G (B*3)+(C*2)+(D*1)+(E*0)+(F*-1)					
平均達成率 G/(A*2)					
目標行為達成率(B+C)/A					

七、收費情形：(請詳實說明，如經查核不符則依早期療育補助計畫規定辦理。)

個別化療育

_____ 治療；1堂_____ 分鐘；收費：_____ 元

_____ 治療；1堂_____ 分鐘；收費：_____ 元

_____ 治療；1堂_____ 分鐘；收費：_____ 元

團體療育 (團體療育師生比為 1 : 3)

_____ 治療；1堂_____ 分鐘；收費：_____ 元

_____ 治療；1堂_____ 分鐘；收費：_____ 元

_____ 治療；1堂_____ 分鐘；收費：_____ 元

其他方式

_____ 治療；1堂_____ 分鐘；收費：_____ 元

_____ 治療；1堂_____ 分鐘；收費：_____ 元

_____ 治療；1堂_____ 分鐘；收費：_____ 元

八、執行自費療育人員乙覽表(新聘人員須附學經歷及執照)

姓名	執行療育項目	專職/兼職 (醫事人員支援核備函文號)	到職日	專業執業 證照號	早療/兒童 實務經歷	111年繼續 教育時數早 療相關課 程至少9小 時	本局同意核 備111年自費 療育單位之 療育人員文 號
		<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職, 醫事 人員核備函 號:					<input type="checkbox"/> 核備文號: <input type="checkbox"/> 無, 為111 年新聘人員
		<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職, 醫事 人員核備函 號:					<input type="checkbox"/> 核備文號: <input type="checkbox"/> 無, 為111 年新聘人員

九、照片黏貼處(如基-3有效期間之消防設備、逃生路線及設備、2-2療育空間、2-3療育器材、、等)

圖片說明：	圖片說明：
圖片說明：	圖片說明：
圖片說明：	圖片說明：

附件三

新竹市早期療育自費療育單位執行療育人員資格一覽表

療育項目	檢附下列資格文件之一	
物理治療	物理治療師執業執照	
職能治療、感覺統合	職能治療師執業執照	
心理治療	心理師執業執照	
語言治療	語言治療師執業執照	
聽力治療(聽覺復健)	聽力師執業執照	
針灸治療	中醫師執業執照	
認知學習課程	資格類別	早療 實務 經驗年資
	1. 學前特殊教育教師證	無
	2. 大學特教系、特教所	一年
	3. 早期療育研究所(有特教背景)	一年
	4. 早期療育研究所(無特教背景)、大學幼教/幼保系	二年
	5. 非上揭相關科系,但符合兒童及少年福利機構專業人員資格及訓練辦法之早期療育專業教保人員資格者或身心障礙福利機構專業人員遴用訓練及培訓辦資法之教保員資格者	三年
備註：公務人員兼任教學或研究工作或非以營利為目的之事業或團體之職務，應經主管或服務機關許可。		
遊戲療育課程	1. 具有國外遊戲治療學位且有三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。(國外學位需經教育部認可之學校) 2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受遊戲治療課程訓練及具三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。 3. 國內接受遊戲治療課程達20學分(每學分18小時)且有三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。	
戲劇療育課程	1. 具有國外戲劇治療學位且有三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。(國外學位需經教育部認可之學校) 2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受戲劇治療課程訓練及具三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。	

療育項目	檢附下列資格文件之一
	3. 國內接受戲劇治療課程達20學分(每學分18小時)且有三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。
藝術療育課程	1. 具有國外藝術治療學位且有三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。(國外學位需經教育部認可之學校) 2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受藝術治療課程訓練及具三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。 3. 國內接受藝術治療課程達20學分(每學分18小時)且有三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。
音樂療育課程	1. 具有國外音樂治療學位且有三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。(國外學位需經教育部認可之學校) 2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受音樂治療課程訓練及具三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。 3. 國內接受音樂治療課程達20學分(每學分18小時)且有三年以上 <u>兒童</u> 實務經驗。
馬術療育課程	1. 持國外馬術治療師證。 2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受馬術治療課程訓練及具二年以上實務經驗。 3. 物理治療師併同馬術教練同時進行療育。
定向訓練	1. 領有定向行動訓練職類技術士證。 2. 領有定向行動訓練員訓練結業證明書。 3. 本辦法中華民國一百零一年七月十一日修正施行前，曾於視覺功能障礙服務相關機構、團體或特殊教育學校實際從事定向行動訓練工作五年以上。 4. 本辦法一百零一年七月十一日修正施行前，大專校院以上畢業，曾於視覺功能障礙服務相關機構、團體或特殊教育學校實際從事定向行動訓練工作二年以上。
體適能	1. 物理治療師執照。 2. 適應體育學系畢業並有2年以上兒童領域實務經驗。 3. 取得國內初、中、高級體適能指導員，並具2年以上特殊兒童領域實務經驗。
水中運動治療	1. 物理治療師執照且具C級游泳教練資格者。 2. 物理治療師併同C級以上游泳教練資格者同時進行療育。

*上述人員如有接受早期療育相關訓練課程應檢附近一年內研習證明。

*上述人員如有二個以上之執業地點，請附衛生主管單位核准該單位之報備支援公文或證明。

新竹市辦理早期療育自費療育單位審查指標（機構式）

基本資格：須經主管機關立案完成之機構或單位 (基本資格不符無法申請本局自費療育單位。)	單位自評		社會處檢核	
	符合	不符	符合	不符
1. 取得社政或衛政主管機關之核備立案函。				
2. 療育場域是否取得建物使用執照。				
3. 療育場域消防安檢是否符合主管機關所規定。				
4. 療育場域是否依規定辦理公共意外責任險。				
5. 醫療及醫事機構須取得主管機關同意核定自費項目收費函。				
指 標	單位自評		審查小組評分	
一、療育項目及人員資格	符合	不符合	符合	不符合
1. 療育項目申請是否符合本府規定、療育人員是否符合資格，是否依規辦理執業登記或核備(申請應檢附執照影本、另如有醫事人員支援核備函)				
2. 療育人員每年是否依法進行繼續教育 (請出具研習證明，應含早期療育相關課程至少9小時，未達9小時列為不符資格)				
二(一)、療育環境與空間				
1. 療育環境及器材設備是否有定期消毒。 (請檢附每2週至少1次消毒紀錄或證明)。				
2. 療育空間規劃應符合幼兒身心發展特性及需求。 (請檢附空間平面圖並標示療育空間)				
3. 療育器材應符合幼兒身心發展特性及需求。 (請檢附療育器材、設施設備清單及照片)。				
三、權益與保障				
1. 是否清楚告知家長相關服務流程、執行服務同意書並經家長簽名確認。(應檢附單位之服務流程、執行服務同意書)				
2. 是否清楚告知家長相關申訴管道與流程並經家長簽名確認。(應檢附申訴管道告知單及處理流程)				
四、療育紀錄與成效				
1. 是否定期告知家長療育目標與成效並經家長確認簽名。(請至少檢附兩份問卷或相關文件佐證)				
2. 整體療育服務成效評估資料呈現完整且客觀(請於附件二第六-3項說明成效資料)				
3. 本府指定抽查個案(隨機抽查兩案，請檢附近六個月內本府建議版之療育服務紀錄表)				

總 計				
申請單位大章及負責人章			審查人員簽章	

附件四之二

新竹市辦理早期療育自費療育單位審查指標（居家式）

基本資格：須經主管機關立案完成之機構或單位 (基本資格不符無法申請本局自費療育單位。)	單位自評		社會處檢核	
	符合	不符	符合	不符
1. 取得社政或衛政主管機關之核備立案函。				
2. 療育場域是否取得建物使用執照。				
3. <u>居家療育單位是否依規辦理專業責任險或人身意外險或團體保險。</u>				
4. 醫療及醫事機構須取得主管機關同意核定自費項目收費函。				
指 標	單位自評		審查小組評分	
一、療育項目及人員資格	符合	不符合	符合	不符合
1. 療育項目申請是否符合本局規定、療育人員是否符合資格，是否依規辦理執業登記或核備(申請應檢附執照影本、另如有醫事人員支援核備函)				
2. 療育人員每年是否依法進行繼續教育 (請出具研習證明，應含早期療育相關課程至少9小時，未達9小時列為不符資格)				
二、療育環境與空間				
1. 療育器材設備是否有定期消毒。 (請檢附至案家使用器材設備每次療育後消毒紀錄或證明，如為案家自備器材設備，得免檢附)。				
2. 療育器材應符合幼兒身心發展特性及需求。 (請檢附療育器材、設施設備清單及照片，如為案家自備器材設備，得免檢附)。				
三、權益與保障				
1. 是否清楚告知家長相關服務流程、執行服務同意書並經家長簽名確認。(應檢附單位之服務流程、執行服務同意書)				
2. 是否清楚告知家長相關申訴管道與流程並經家長簽名確認。(應檢附申訴管道告知單及處理流程)				
四、療育紀錄與成效				
1. 是否定期告知家長療育目標與成效並經家長確認簽名。(請至少檢附兩份問卷或相關文件佐證)				
2. <u>整體療育服務成效評估資料呈現完整且客觀(請於附件二第六-3項說明成效資料)</u>				
3. <u>本府指定抽查個案(隨機抽查兩案，請檢附近六個月內本府建議版之療育服務紀錄表)</u>				

總 計				
申請單位大章及負責人章			審查人員簽章	

新竹市早期療育自費療育單位審查文件檢核表（機構式）

基本資格	應附文件 (請於文件上標註文件序號，依序排放)	單位檢核
1. 取得社政或衛政主管機關之核備立案函。	應附 <u>基-1</u> 核備立案函或證書影本。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 療育場域是否取得建物使用執照。	應附 <u>基-2</u> 建物使用執照影本。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
3. 療育場域消防安檢是否符合主管機關所規定。	應附 <u>基-3</u> 消防安檢核備函 無核備函請於附件二第九項黏貼有效期間消防設備、逃生路線及設備照片。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
4. 療育場域是否依規定辦理公共意外責任險。	應附 <u>基-4</u> 公共意外責任險證明影本。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
5. <u>醫療及醫事機構須取得主管機關同意核定自費項目收費函。</u>	應附 <u>基-5</u> 同意核定自費項目收費函影本。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
6. <u>療育場域為游泳池者是否符合法規。</u>	應附 <u>基-6</u> 泳池之合格水質檢測報告、公共意外責任險、環境設施等相關資料。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
一、療育項目及人員資格	應附文件	單位檢核
1. 療育項目申請是否符合本局規定、療育人員是否符合資格，是否依規辦理執業登記或核備	1. 治療師應檢附執照影本 2. 認知療育人員須附學經歷 3. 兼職治療師另附醫事人員支援核備函。	請附1-1 個別療育人員 檢附文件表 <input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 療育人員每年是否依法進行繼續教育	應附每年至少9小時早期療育在職進修時數證明。	
二（一）、療育環境與空間	應附文件	單位檢核
1. 療育環境及器材設備是否有定期消毒。	應附2-1近3個月內每2週至少1次消毒紀錄或證明。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 療育空間規劃應符合幼兒身心發展特性及需求。	應附2-2空間平面圖並標示療育空間。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
3. 療育器材應符合幼兒身心發展特性及需求。	應附2-3療育器材、設施設備清單、照片。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
三、權益與保障	應附文件	單位檢核
1. 是否清楚告知家長相關服務流程、執行服務同意書並經家長簽名確認。	應附2份有家長簽名 4-1-1單位之服務流程、 4-1-2執行服務同意書	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附

2. 是否清楚告知家長相關申訴管道與流程並經家長簽名確認。	應附2份有家長簽名 4-2-1申訴管道告知單、 4-2-2申訴處理流程	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
四、療育紀錄與成效	應附文件	單位檢核
1. 是否定期告知家長療育目標與成效並經家長確認簽名。	應附3-2有家長簽名療育目標與成效問卷或其他資料2份。 另於附件二第六-2項說明整體問卷分析。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
<u>2. 整體療育服務成效評估資料呈現完整且客觀</u>	<u>請於附件二第六-3項說明整體成效資料，另統計資料請另標註3-3。</u>	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
<u>3. 本府指定抽查個案</u>	<u>※請檢附3-1本府指定抽查之2案6個月內本局建議之療育服務紀錄表或相關文件(個案姓名請以立可白塗成無法直接辨識，如王○明)。</u>	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附

新竹市早期療育自費療育單位審查文件檢核表（居家式）

基本資格	應附文件 (請於文件上標註文件序號，依序排放)	單位檢核
1. 取得社政或衛政主管機關之核備立案函。	應附 <u>基-1</u> 核備立案函或證書影本。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 療育場域是否取得建物使用執照。	應附 <u>基-2</u> 建物使用執照影本。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
3. 依規辦理專業責任險或人身意外險或團體保險	應附 <u>基-4</u> 專業責任險或人身意外險或團體保險證明影本。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
4. 醫療及醫事機構須取得主管機關同意核定自費項目收費函。	應附 <u>基-5</u> 同意核定自費項目收費函影本。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
一、療育項目及人員資格	應附文件	單位檢核
1. 療育項目申請是否符合本局規定、療育人員是否符合資格，是否依規辦理執業登記或核備	1. 治療師應檢附執照影本 2. 認知療育人員須附學經歷 3. 兼職治療師另附醫事人員支援核備函。	請附1-1 個別療育人員 檢附文件表 <input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 療育人員每年是否依法進行繼續教育	應附每年至少9小時早期療育在職進修時數證明。	
二、療育環境與空間	應附文件	單位檢核
1. 療育環境及器材設備是否有定期消毒。	應附2-1近3個月內每次療育後消毒紀錄或證明。(如為案家自備器材設備，得免檢附)	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 療育器材應符合幼兒身心發展特性及需求。	應附2-3療育器材、設施設備清單、照片。(如為案家自備器材設備，得免檢附)	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
三、權益與保障	應附文件	單位檢核
1. 是否清楚告知家長相關服務流程、執行服務同意書並經家長簽名確認。	應附2份有家長簽名 4-1-1單位之服務流程、 4-1-2執行服務同意書	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 是否清楚告知家長相關申訴管道與流程並經家長簽名確認。	應附2份有家長簽名 4-2-1申訴管道告知單、 4-2-2申訴處理流程	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
四、療育紀錄與成效	應附文件	單位檢核
1. 是否定期告知家長療育目標與成效並經家長確認簽名。	應附3-2有家長簽名療育目標與成效問卷或其他資料2份。 另於附件二第六-2項說明整體問卷分析。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附

<u>2. 整體療育服務成效評估資料呈現完整且客觀</u>	<u>請於附件二第六-3項說明整體成效資料，另統計資料請另標註3-3。</u>	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
<u>3. 本府指定抽查個案</u>	<u>※請檢附3-1本府指定抽查之2案6個月內本局建議之療育服務紀錄表或相關文件(個案姓名請以立可白塗成無法直接辨識，如王○明)。</u>	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附

1-1個別執行療育人員相關文件表

治療師姓名	
黏貼執照影本	
<input type="checkbox"/> 兼職:黏貼醫事人員核備函 (專職治療師及教保免貼)	

在職研習證明

其他：教保學經歷/特殊領域治療師學經歷