

新竹市身心障礙者生涯轉銜暨通報轉介服務通報單

案號										通報單號：		通報日期：年 月 日
案主姓名				出生年月日	年 月 日		性別					
身障證明/手冊		障別：						身分證				
		等級：						字號				
監護人姓名				與案主關係			電話					
聯絡人				與案主關係	配偶		電話					
戶籍地址： 聯絡地址： 家庭狀況（家系圖）：												
通報原因：（請具體描述問題、若有相關紀錄或資料並請附上） <input type="checkbox"/> 經濟補助 <input type="checkbox"/> 就學服務 <input type="checkbox"/> 復健與醫療服務 <input type="checkbox"/> 就業及訓練服務 <input type="checkbox"/> 居住安置服務 <input type="checkbox"/> 支持性服務 <input type="checkbox"/> 其他：												
具體問題陳述：												
案主接受服務意願： <input type="checkbox"/> 意願高 <input type="checkbox"/> 意願低												
家屬接受服務意願： <input type="checkbox"/> 意願高 <input type="checkbox"/> 意願低												
通報單位：							聯絡方式：					
通報人： 與案主關係：							<input type="checkbox"/> 電話：_____					
							<input type="checkbox"/> 傳真：_____					
							<input type="checkbox"/> 其他：_____					
※以下欄位由新竹市政府或通報中心填寫												
新竹市政府		社工員：										
		社工督導：										
通報中心		接案社工員：					督導最後確認簽章：					

填表說明：1. 若有請以勾選方式填寫

2. 備註：請填案主本身相關之資料或特殊記載等

注意事項：*若有相關資料、敬請一併附上以作為服務參考

*本表可以傳真或郵寄方式辦理

*新竹市身心障礙者生涯轉銜暨通報轉介服務窗口

地址：新竹市東區中央路 241 號 5 樓

*通報電話：(03) 5351560

傳真號碼：(03)5350830