

臺北市 疑似身心障礙者通報單

通報案號		通報日期	年 月 日
案主姓名	性別	出生日期	民國 年 月 日
身分證號碼	電話	手機號碼	
戶籍地址			
通訊地址			
監護人姓名	關係	電話	
聯絡人姓名	關係	電話	
障礙類別 □未領冊	<input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 重器障 <input type="checkbox"/> 顏缺 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 染異 <input type="checkbox"/> 代異 <input type="checkbox"/> 先缺 <input type="checkbox"/> 精神病 <input type="checkbox"/> 平衡障 <input type="checkbox"/> 頑性癲癇症 <input type="checkbox"/> 罕見疾病 <input type="checkbox"/> 多重障礙註明：		
障礙等級	<input type="checkbox"/> 非身心障礙者 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 未達列等標準		
目前最迫切需求	請註明案主(家)需求之優先順序： <input type="checkbox"/> 00.辦理身心障礙鑑定 <input type="checkbox"/> 01.低收入戶經濟補助 <input type="checkbox"/> 02.身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 03.托育養護補助 <input type="checkbox"/> 04.身心障礙津貼 <input type="checkbox"/> 05.健保自費保費補助 <input type="checkbox"/> 06.急難救助 <input type="checkbox"/> 07. 醫療及心理復健 <input type="checkbox"/> 99.其他		
具體問題陳述：			
處理方式/建議：			
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		聯絡電話	
通報人		與案主關係	

社工員：

督導：