

樂翔居彰化縣身心障礙者自立生活支持服務中心申請表(單位用)

申請日期： 年 月 日

申請人	單位名稱					
	姓 名		電 話		傳 真	
	E-mail					
	回覆方式	<input type="checkbox"/> 1. 無須回覆 <input type="checkbox"/> 2. 電話回覆 <input type="checkbox"/> 3. 傳真回覆 <input type="checkbox"/> 4. E-mail 回覆				
個案基本資料	姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
	身分證字號		是否設籍本縣	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	聯絡電話	(電話) (手機)				
	地址	戶籍地址： _____ 通訊地址： <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> _____				
	身心障礙類別	<input type="checkbox"/> 身障證明， _____		障礙等級	<input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度	
主要聯絡人	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	與個案關係	
	聯絡電話	(日) (夜) (行動)				
	通訊地址					
自立生活需求	<input type="checkbox"/> 個人生活協助服務 <input type="checkbox"/> 同儕支持服務 <input type="checkbox"/> 財務管理 <input type="checkbox"/> 時間管理 <input type="checkbox"/> 交通協助 <input type="checkbox"/> 輔具資訊 <input type="checkbox"/> 住所租賃諮詢 <input type="checkbox"/> 無障礙設施改善 <input type="checkbox"/> 社會參與 <input type="checkbox"/> 人際關係 <input type="checkbox"/> 就醫或保健諮詢 <input type="checkbox"/> 就業諮詢 <input type="checkbox"/> 就學諮詢 <input type="checkbox"/> 其他： _____					
個案及狀況概述及轉介原因	家系圖					
申請方式	※將申請表填妥後，可以以下方式申請服務： 1. 地址：500 彰化縣彰化市博愛街 53 巷 85 號(切膚之愛基金會) 2. E-mail： 392608@cch.org.tw 、 392659@cch.org.tw 3. 電話：04-7285420 分機 16 4. 傳真：04-7237673，傳真後請來電確認有無收到申請表					

樂翔居彰化縣身心障礙者自立生活支持服務中心申請回覆表

回覆日期： 年 月 日

申請單位		申請人		申請日期	
個案姓名		身份證字號			
處理情形	<input type="checkbox"/> 提供服務： 處理情形： <input type="checkbox"/> 無法提供服務： 原因： <input type="checkbox"/> 1. 身心障礙者無意願接受服務。 <input type="checkbox"/> 2. 其他_____。				
專案管理員		組長		業務主管	