

(單位全銜) 致 ○○ 政府
身心障礙者保護事件個案照顧輔導報告

案號：

姓 名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期	年 月 日	國民身分證 統一編號	
身心障礙手冊障礙類別：						等級：	
開案日期	年 月 日	填表日期	年 月 日				
保護安置期間	年 月 日 至		年 月 日				
安置原因	法院裁定 <input type="checkbox"/> 繼續安置 <input type="checkbox"/> 延長安置 <input type="checkbox"/> 再延長安置 <input type="checkbox"/> 其他 _____						
未安置前已接受之福利服務	<input type="checkbox"/> 身障生活補助 <input type="checkbox"/> 托育補助 <input type="checkbox"/> 養護補助 <input type="checkbox"/> 輔具補助 <input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 學雜費減免 <input type="checkbox"/> 健保補助 <input type="checkbox"/> 就學服務 <input type="checkbox"/> 就醫服務 <input type="checkbox"/> 個案管理 <input type="checkbox"/> 就業服務：_____						
	<input type="checkbox"/> 居家服務：_____ <input type="checkbox"/> 社區服務：_____						
	<input type="checkbox"/> 其他：_____						
安置後協助取得之福利服務	<input type="checkbox"/> 身障生活補助 <input type="checkbox"/> 托育補助 <input type="checkbox"/> 養護補助 <input type="checkbox"/> 輔具補助 <input type="checkbox"/> 低收入補助 <input type="checkbox"/> 學雜費減免 <input type="checkbox"/> 健保補助 <input type="checkbox"/> 就學服務 <input type="checkbox"/> 就醫服務 <input type="checkbox"/> 個案管理 <input type="checkbox"/> 機構安置 <input type="checkbox"/> 就業服務：_____						
	<input type="checkbox"/> 居家服務：_____ <input type="checkbox"/> 社區服務：_____						
	<input type="checkbox"/> 其他：_____						
安置狀況評估	(包括：生活自理能力、家庭支持情況、身心狀況、安置期間團體生活狀況…等…面項之綜合評估)						
現階段安置輔導重點							
建議未來處遇計畫							
社工人員簽章			社工督導/單位主管簽章			負責人簽章及單位用印	