

高雄市身心障礙者個案管理服務 個案轉介單

身分證字號：

轉介日期： 年 月 日

受轉介單位				聯絡電話	
個案姓名		性別		出生日期	年 月 日
障礙類別		等級		聯絡人	
通訊地址				電話	
戶籍地址				電話	
▶家庭狀況： 1.成員結構— 2.居住環境— 3.工作人口— 4.家庭互動— 5.身心狀況— ▶主要問題：					
轉介目的					
追蹤日期					

轉出機構： 轉案者： 聯絡電話： 督導：

[以下請受轉介單位填寫勾選，並請於一星期內傳回轉介機構]

個案姓名：_____

轉介單位：_____

轉出單位：_____

◆對轉介問題之了解：與轉介單所述相同部分內容需要再澄清

補充說明：

◆處遇情形：

1、已接案：

已安排訪視需要再進一步收集資料已送本會指導單位審查

已於_年_月_日開始提供服務，服務內容_____ (請說明)

- 2、不受案原因：與機構宗旨不符 已有其他單位提供同性質服務
無法負荷案主需求 經評估後案主需求無提供協助之必要
其他_____ (請說明)

3、再轉介，轉介單位：

聯絡電話：

◆ 遭遇困難：無 案主失蹤 案主拒絕 其他：_____ (請說明)

◆ 目前暫無法提供任何服務，預定____年__月__日正式受案處理。

◆ 其他說明：

受轉
機構

接案者

督導

聯絡
電話

回覆
日期