

財團法人基督徒救世會社會福利事業基金會

脆弱家庭早療服務申請/轉介表

112.04 制訂

112.07 修訂

個案編號：

(本會填寫)

申請/轉介日期： 年 月 日		最近一次與個案會談日期：	
轉介單位	來源	<input type="checkbox"/> 醫療院所 <input type="checkbox"/> 幼兒園 <input type="checkbox"/> 社福單位 <input type="checkbox"/> 家長或主要照顧者 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	單位名稱	(若為家長免填)	姓名
	聯絡電話		電子信箱
兒童資料	姓名：	身分證字號：	出生日期： 年 月 日
			性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	國籍	<input type="checkbox"/> 本國(<input type="checkbox"/> 原住民) <input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 外國籍：_____	
	福利身分	<input type="checkbox"/> 無(一般戶) <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭 <input type="checkbox"/> 身障證明： 度 類 <input type="checkbox"/> 其他(請描述)_____	
	(疑似)發展遲緩類別	<input type="checkbox"/> 認知發展 <input type="checkbox"/> 語言發展 <input type="checkbox"/> 知覺動作發展 <input type="checkbox"/> 社會情緒發展(如情緒、人際互動、社會適應等) <input type="checkbox"/> 感官(如聽力、視力) <input type="checkbox"/> 其他發展(如感覺統合、注意力、過動等) <input type="checkbox"/> 備註_____	
	居住地址		
	療育情形	<input type="checkbox"/> 未接受療育 <input type="checkbox"/> 療育排定中 <input type="checkbox"/> 已接受療育	
	就學(托)情形	<input type="checkbox"/> 未就(托)學 <input type="checkbox"/> 即將就(托)學，預計__年__月就(托)學 <input type="checkbox"/> 已就(托)學 【 <input type="checkbox"/> 居家托育(保母) <input type="checkbox"/> 托嬰中心 <input type="checkbox"/> 公共托育中心 <input type="checkbox"/> 公立幼兒園 <input type="checkbox"/> 私立幼兒園 <input type="checkbox"/> 機構日托 <input type="checkbox"/> 其他： 學校或安置機構名稱：_____】	
	父親	姓名：	出生日期：
	連絡電話：	連絡地址：	
母親	姓名：	出生日期：	
	連絡電話：	連絡地址：	
監護人	<input type="checkbox"/> 共同監護 <input type="checkbox"/> 同父親 <input type="checkbox"/> 同母親 <input type="checkbox"/> 另列如下： 姓名： 與兒童關係： 連絡電話： 連絡地址：		

