**澎湖縣家庭照顧者支持服務中心**

報名序號:

**身心障礙學生111學年上學期生活照顧服務報名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生姓名 |  | 身份證字號 |  | 出生日期 | 年月日 |
| 就讀學校 |  | 就讀班級 | 年班 |
| 連絡電話 | 住家：父親：母親： |
| 學生身心障礙類別 |  | 障礙等級 | ⬜極重度⬜重度⬜中度⬜輕度 |
| 戶藉地址 |  |
| 通訊地址 | ⬜同戶籍地址⬜另列如後： |
| **家長同意書**茲同意本人子女參加貴中心111學年上學期生活照顧服務**(111/08/30～112/01/19)**，並願意配合**生活照顧服務規範事項**，以免因個人情形、或未詳實告知健康特殊狀況等因素，而導致不必要的意外事件。**※生活照顧服務規範事項**1.本中心目前尚未能提供交通車接送服務，學生請於規定時間(**每日17:45**)前接回，逾時15分鐘以上達三次者，本中心即暫停服務。2.參加本服務之新生家長，須確實填寫『學生生活照顧注意事項表』以提供本中心服務參考。3.參加本服務之學生中途退出，須敘明理由由其家長提出書面申請。4.請家長報名時勾填送托時間，如臨時送托或請假請事前告知。5.學生罹患感冒等傳染病時，請讓學生在家休養，直至症狀解除後始返中心上課。不方便請假養病者，在體力許可下至中心時，請戴上口罩，以免傳染他人。6.報名本服務，即同意本中心無償使用學生活動之肖像權。7.**報名平日班學生，不保障寒、暑假專班優先錄取資格，請於寒、暑假專班招生時，請另行提出申請，統一進行積分評比。**　　　　　　　　　　家長/監護人簽名：　　　　　　　　　　身分證號：　　　　　　　　　　日期： 年 月 日 |
| **送托時間(請家長勾填)** | **家庭狀況(請家長勾選)** | **積點核算**(由工作人員填寫) |
| □週一：□週二：□週三：□週四：□週五： | * 1.本縣列冊低收入戶或中低收入戶
* 2.領有身障補助者。
* 3.家中在學身障者人口數 \_\_\_\_人
* 4.單親家庭者。
* 5.隔代教養者。
* 6.障礙程度□極重度 □重度

□中度 □輕度□發緩證明7.其他特殊需求者。 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **積點合計** |
| **錄取:** □是□否 |

＊報名表請傳真或紙本遞送本中心-黃社工員＊電話:(06)926-6018傳真(06)926-0252

＊中心地址:澎湖縣馬公市同和路33樓(身心障礙者福利服務中心B1右側)

|  |
| --- |
| **澎湖縣家庭照顧者支持服務中心****身心障礙學生111學年上學期生活照顧服務注意事項表** |
| 學生姓名 |  | 出生年月日 |  年 月 日 |
| 學生身心障礙類別 |  | 障礙等級 | ⬜極重度⬜重度⬜中度⬜輕度 |
| 緊急聯絡人 | 第一位姓名： 關係： 電話： |
| 第二位姓名： 關係： 電話： |
| 身理功能生活自理 | (孩子肢體活動有困難嗎?孩子聽覺、視覺、觸覺等感官能力如何? 有使用那些輔具嗎?用餐或如廁時需要哪些協助?其他……) |
| 社會互動情緒反應 | (孩子都如何表達自己的需要?口語表達情形?與他人互動顯得容易嗎?高興或不開心的時候怎麼表現?專注程度如何?堅持程度如何?其他……) |
| 用藥情形 | (孩子有固定服藥的需要嗎?給藥的時間、劑量、用藥方式?) |
| 特別注意事項 | (孩子有哪些特殊情況需要本專班人員注意?或是孩子有特別的偏好或厭惡?其他……) |
| 家長期待 | (為什麼願意期待接受本中心服務?或希望本中心能為孩子服務那些事項?其他……) |
| 家長或監護人簽名： 年 月 日 |