

嘉義縣輔具資源中心 轉介表

| | | | | | |
|------|-----------|------|------|-------|--|
| 轉出單位 | 嘉義縣輔具資源中心 | | 轉介日期 | 年 月 日 | |
| 聯絡方式 | (O) | (F) | 電子信箱 | | |
| 聯絡地址 | | | | | |
| 承辦人員 | | 單位主管 | | 單位章戳 | |

| | | | | | | |
|-----------|-------|------|------|--|------|--|
| 服務使用者基本資料 | 身分證字號 | | 姓名 | | 性別 | |
| | 出生日期 | | 年齡 | | 案源 | |
| | 障礙類別 | | 障礙等級 | | 手機 | |
| | 身分別 | | 福利身分 | | 連絡電話 | |
| | 地址 | 戶籍地 | | | | |
| | | 通訊地址 | | | | |
| | 聯絡人 | | 關係 | | 連絡電話 | |

| | | | | | |
|---------|---|--|--|--|--|
| 服務使用者摘要 | (家庭生態圖、服務使用者狀況、家庭狀況、經濟狀況、社會資源使用狀況、問題需求) | | | | |
|---------|---|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---------------------|--|------|------|------|--|
| 【以下由受轉介單位填寫後回傳轉介單位】 | | | | | |
| 受理單位 | | | 回覆日期 | | |
| 連絡電話 | (O) | (F) | | | |
| 單位地址 | | | | | |
| 受理狀況與服務摘要 | <input type="checkbox"/> 已受案： _____ <input type="checkbox"/> 不受案： _____ <input type="checkbox"/> 其他： _____ | | | | |
| 承辦人員 | | 單位主管 | | 單位章戳 | |