**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 | □已受案： □不受案： □其 他：  |
| 承辦人員 |  | 單位主管 |  | 單位章戳 |  |