

臺北市身心障礙者需求評估申請表

一、個人基本資料

申請項目	<input type="checkbox"/> 自行申請需求變更 <input type="checkbox"/> 異議複評 <input type="checkbox"/> 關懷服務案件				
姓名			身分證字號		
性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 其他	出生日期	年 月 日
戶籍地址	縣	鄉鎮	村	路	巷 號
	市	市區	里	街	弄 樓
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址				
	縣	鄉鎮	村	路	巷 號
	市	市區	里	街	弄 樓
公文送達地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址				
	縣	鄉鎮	村	路	巷 號
	市	市區	里	街	弄 樓
連絡電話	(H)			手機	
	(O)				
傳真			電子信箱		

二、聯絡人

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		出生日期	年 月 日
關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚（稱謂：_____） <input type="checkbox"/> 安置機構人員 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）			
聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話			聯絡手機
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> 同公文送達地		

三、主要照顧者【同聯絡人，以下免填】

姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他		出生日期	年 月 日
關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚（稱謂：_____） <input type="checkbox"/> 安置機構人員 <input type="checkbox"/> 其他（請說明：_____）			
聯絡資訊 <input type="checkbox"/> 同申請人	聯絡電話			聯絡手機
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> 同公文送達地		

四、需求評估環境

需求評估場所	<input type="checkbox"/> 定點評估（ <input type="checkbox"/> 身心障礙者需求評估中心 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____） <input type="checkbox"/> 到宅（住居所）評估			
溝通方式	<input type="checkbox"/> 口語 <input type="checkbox"/> 筆寫 <input type="checkbox"/> 手語 <input type="checkbox"/> 其他：_____			
主要語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家話 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 臺灣手語 <input type="checkbox"/> 其他：_____			

(可複選)	
特殊溝通需求	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口譯(註1) (語言別)_____ <input type="checkbox"/> 手語翻譯(註2) <input type="checkbox"/> 同步聽打 <input type="checkbox"/> 溝通輔具_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____

註1:「口譯」指口語翻譯，提供使用特殊語言之民眾(如:原住民語言、外語…等)能順利與需求評估員進行訪談。

註2:「手譯」指手語翻譯，申請者須以手語與需求評估員進行訪談。

五、福利服務需求項目勾選

1	<input type="checkbox"/> 行動不便身心障礙者專用停車位識別證明 (於取得需求評估複評結果後，僅限具行動不便資格者，備齊文件向社會局提出申請)
2	身心障礙者必要陪伴者優惠措施 <input type="checkbox"/> 搭乘國內大眾運輸工具之必要陪伴者 <input type="checkbox"/> 出入收費公、民營風景區、康樂場所或文教設施之必要陪伴者
3	身心障礙者個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 生活重建 <input type="checkbox"/> 社區居住 <input type="checkbox"/> 日間照顧服務 <input type="checkbox"/> 自立生活支持服務 <input type="checkbox"/> 社區日間作業設施服務 <input type="checkbox"/> 住宿式照顧服務 <input type="checkbox"/> 心理重建 <input type="checkbox"/> 婚姻與生育輔導 <input type="checkbox"/> 行為輔導 <input type="checkbox"/> 課後照顧 <input type="checkbox"/> 情緒支持
4	身心障礙者家庭照顧者服務 <input type="checkbox"/> 臨時及短期照顧服務 <input type="checkbox"/> 家庭托顧

代理申請委託(授權)書

委託人(即申請人): _____【簽章】已瞭解並將申請身心障礙鑑定、福利與服務需求評估相關事宜，委託(授權)受委託人: _____【簽章】(關係: _____)代為申請，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

-----代理/辦人身分證明文件，請黏貼於下方空白處-----

說明：

一、申請人應繳驗身分證或戶口名簿正本及身心障礙證明。

二、由法定代理人或受委託之他人代為辦理者，應檢附代理/辦人之個人身分證明文件。

◆洽辦單位：臺北市政府社會局身心障礙者需求評估中心

電話：02-25112895

地址：臺北市中山區長安西路5巷2號3樓