

# 服務申請表

填表日期： 年 月 日

基本資料						
申請人姓名				與兒童的關係		
聯絡方式	日：	夜：	手機			
	通訊地址：					
	臉書 / E-mail：					
申請原因	<input type="checkbox"/> 需要守護天使服務 <input type="checkbox"/> 擔心孩子發展問題 <input type="checkbox"/> 需要孩子發展諮詢相關服務 <input type="checkbox"/> 孩子需要早期療育 <input type="checkbox"/> 其他： (可複選)					
兒童資料						
姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡	歲 個月
出生日	年	月	日	身分證字號		
就學情形	<input type="checkbox"/> 有，學校名稱：_____； <input type="checkbox"/> 大班 <input type="checkbox"/> 中班 <input type="checkbox"/> 小班 <input type="checkbox"/> 幼幼班(含以下) <input type="checkbox"/> 無(在家)					
療育情形(非早療兒童及無療育免填寫)					頻率	
					例：1次/週	
醫院療育	<input type="checkbox"/> 台東基督教醫院( <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 台東榮民醫院 ( <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 台東馬偕醫院 ( <input type="checkbox"/> 物理 <input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 職能 <input type="checkbox"/> 心理 <input type="checkbox"/> 其他： <input type="checkbox"/> 其他：					
到宅服務	<input type="checkbox"/> 有，單位：_____					
其他						
接受診斷	<input type="checkbox"/> 是， _____ 醫院 (請提供診斷證明或綜合評估報告書) <input type="checkbox"/> 否					
受理結果(由受理單位填寫)						
<input type="checkbox"/> 守護天使同意開案，原因： <input type="checkbox"/> 慢飛天使園同意開案，原因： <input type="checkbox"/> 無療育資源； <input type="checkbox"/> 療育資源不足(由治療師評估、家長反應或由社工觀察並與專業人員討論)； <input type="checkbox"/> 主要照顧者連結療育資源受限(環境偏遠、交通不便、經濟困境、患有疾病、健康因素或其他家庭因素)。						
<input type="checkbox"/> 不同意開案，原因：						

受理人： \_\_\_\_\_ 受理日期： 年 月 日

※服務申請表由家長填寫

電話：成功 089-854822 長濱 089-832850 台東市 089-235140。傳真：台東市 089-237370

地址：961 台東縣成功鎮三民路 18 號(三民國小內)

地址：950 台東市四維路三段 122 號