**新北市政府身心障礙者就業服務轉介表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | | | | | | | | | | | **出生日期** | | | | | 民國 年 月 日 | | | |
| **身分證統一編號** | | |  |  |  |  | |  |  |  | | | |  |  |  | | **教育程度** | | | □畢業 □肄業 |
| **通訊地址** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **聯絡電話** | | |  | | | | | | | | | **行動電話** | | | | | | |  | | |
| **婚姻狀況** | | | □未婚 □已婚 □分居 □離婚 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **主要聯絡人**  **/監護人** | | |  | | | | **關係** | | | |  | | | | | | **聯絡電話** | | |  | |
| **聯絡地址** | | | □同上 | |
| **障礙手冊** | | **二擇一** | 類別： 程度： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **新制鑑定障礙類別** | | □第一類□第二類□第三類□第四類□第五類□第六類□第七類□第八類  障礙等級： ICD： | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 致障時間  (可免填) | | | 時間：□先天、□後天（時間： 月 日）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **基本能力評估** | | | 一、有無工作經驗：□有 (內容、工作期間、薪資待遇) □無  二、使用的求職管道：□自行求職 □他人介紹 □其他管道：  三、期待的工作項目/內容：  四、生活上協助程度：□需他人協助(協助內容： )  □完全不需他人協助  五、行動上他人/工具協助程度：□需他人/工具協助(協助內容： )  □行動雖緩慢，但沒有他人/工具協助  □行動與一般人無異，無需協助  六、交通上協助程度：□需他人協助  □完全沒有協助（可使用的交通工具）  七、溝通上協助程度: □手語翻譯 □筆談 □其他(協助內容： )  八、就醫狀況:醫院名稱 科別 疾病名稱  回診狀況□規則　　　 週1次 □不規則 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **支持服務**  **需求程度**  **(可重複勾選)** | | | 一、申請者不需太多支持服務，經簡單諮詢、提供就業機會，即可獨立就業，例如：  □ 1.申請者曾經自行成功求職，並有穩定就業半年以上之經驗。  □ 2.申請者經判斷具備獨立求職技能(交通能力、人際互動、面試技巧)或有具體的就業規劃。    二、申請者可能需要少許支持服務即可獨立就業，例如：  □ 1.申請者可能需要簡易的職前準備，如：面試技巧、履歷撰寫、服裝儀容或就業適應講座。  □ 2.申請者具就業市場要求之徵才條件，但可能需要陪同面試。  □ 3.申請者具就業市場要求之徵才條件，但初期在職場上可能需要職場輔導。  □ 4.申請者在職場上可能需要輔具或職務再設計等資源的支持。  三、申請者可能需較多支持服務始可就業，例如：  □ 1.申請者就業動機不明顯，可能需要增強就業動機之服務。  □ 2.申請者不清楚自己未來的就業方向或適合的工作類型，可能需要職涯方面之探索與輔導。  □ 3.申請者不知道如何進行求職，可能需要提升求職技巧能力或求職自我效能。  □ 4.申請者未達到就業市場要求之徵才條件，可能需要提升工作技能。  □ 5.申請者過去工作經驗中，工作適應狀況不穩定，可能需要職場上的適應與輔導。  □ 6.經判斷申請者可能需要相關的持續性或個別化的支持與輔導。  □ 7.經判斷可能需要協助申請者安排特定就業安置資源。  □ 8.經判斷申請者可能需要深度心理諮商及輔導。  四、其他 :  □ 1.經簡單諮詢，申請者雖須職場支持，但其不願意配合職重中心晤談評估，僅需職缺資訊。  □ 2.申請者已經多次媒合職缺後，仍無法順利成功就業。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **其他訊息**  **(必填)** | | | 一、欲連結/轉介單位：□ 區職重窗口 □ 就服站臺  連結/轉介聯絡人員： 電話： 傳真:    二、服務摘要: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **轉介單位： 轉介人員：**  **電 話： 轉介日期**： **年 月 日**  **傳 真: 建議回覆日期:** **年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

* 建議附件:身障手冊或證明、身分證或精神障礙者醫療諮詢單等