臺北市身心障礙者個案管理服務 轉介單

**附件12**

受轉介單位： 轉介日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案主姓名 | |  | | 性別 | □男 □女 | | 出生日期 | | | 年 月 日 | |
| 障礙類別 | |  | | | | | | 障礙等級 | | | 度 |
| 住 址 | |  | | | | | | | 電話 | |  |
| 家屬或聯絡人 | | |  | | | 與案主關係 |  | | 電話 | |  |
| 轉介目的 |  | | | | | | | | | | |
| 個案與家庭摘要 |  | | | | | | | | | | |
| 個管教師： 主管簽名： | | | | | | | | | | | |

轉介學校：

地址： 電話：

----------------------------------------------------------------

臺北市身心障礙者個案管理服務 轉介回覆表

原轉介學校： 回覆日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 案主姓名 | |  | 性別 | □男 □女 | 出生日期 | 年 月 日 |
| 處理摘要 |  | | | | | |
| 社工員： 督導： | | | | | | |

回復單位名稱: 電話: