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: