

## 臺南市特殊教育學生及幼兒教育輔具評估申請表

填寫時間：年 月 日

|                                        |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------|
| 學<br>生<br>基<br>本<br>資<br>料<br><br>(必填) | 學生姓名                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                | 就學<br>情況            | <input type="checkbox"/> 未接受任何特殊教育服務<br><input type="checkbox"/> 普通班(接受特教服務) <input type="checkbox"/> 集中式特教班<br><input type="checkbox"/> _____巡迴輔導班 <input type="checkbox"/> 不分類身障類資源班<br><input type="checkbox"/> 其他_____ |    |                                                       |
|                                        | 身分證<br>統一編號                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
|                                        | 出生日期                                                                                                                                       | 年 月 日                                                                                                                                                                                                                          |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
|                                        | 原安置學校<br>/園所                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                | 新安置學校<br>/園所        |                                                                                                                                                                                                                            | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
|                                        | 障礙證明<br>文件                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 障礙類別：_____ ICD 診斷：_____ 障礙等級：_____<br><input type="checkbox"/> 診斷證明書 診斷為_____<br><input type="checkbox"/> 其他，_____                                                                             |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
| 法定代理人或實際照顧者姓名：                         |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                | 身心障礙證明正反面影本<br>(浮貼) |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
|                                        | 聯絡電話：                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
|                                        | 聯絡住址：                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
| 需<br>求<br>申<br>請<br><br>(必填)           | <input type="checkbox"/> 目前有使用的<br>學習輔具                                                                                                    | <input type="checkbox"/> 肢障輔具 <input type="checkbox"/> 聽障輔具 <input type="checkbox"/> 視障輔具 <input type="checkbox"/> 電腦輔具 <input type="checkbox"/> 其他<br>名稱：_____                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
|                                        | <input type="checkbox"/> 希望申請借用<br>的輔具                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 肢障輔具 <input type="checkbox"/> 聽障輔具 <input type="checkbox"/> 視障輔具 <input type="checkbox"/> 電腦輔具 <input type="checkbox"/> 其他<br>名稱：_____<br>【申請輔具為調頻助聽系統時，請將學生配戴之助聽器詳述如下~<br>廠牌：_____ 型號：_____】及半年內聽力圖。 |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
|                                        | 輔具需求說明/或請詳述障礙造成學習上的之影響：                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
|                                        |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
| 法定代理<br>人或實際<br>照顧者<br>(必填)            | <input type="checkbox"/> 希望能接受專業評估，是否有其他輔具可以解決目前問題。<br><input type="checkbox"/> 不需做任何改變，但希望能接受輔具使用指導。<br><input type="checkbox"/> 其它：_____ |                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
| 法定代理人或實際照顧者(簽章)：_____                  |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
| 原安置學校/園所簽章                             |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                |                     |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
| 承辦人                                    |                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                | 單位主管                |                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                       |
| 聯絡電話                                   | 分機                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                | 聯絡電話                | 分機                                                                                                                                                                                                                         |    |                                                       |