

澎湖縣家庭照顧者支持服務中心

身心障礙學生 114 學年上學期課後生活照顧服務報名表 報名序號:

學生姓名		身分證字號		出生日期	年 月 日
就讀學校				就讀班級	年 班
連絡電話	住家： 父親： 母親：				
學生身心障礙類別				障礙等級	☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度
通訊地址					

家長同意書

茲同意本人子女參加貴中心 114 學年上學期課後生活照顧服務(114/09/01~115/01/20)，並願意配合生活照顧服務規範事項，以免因個人情形、或未詳實告知健康特殊狀況等因素，而導致不必要的意外事件。

※生活照顧服務規範事項

- 1.本中心無提供交通車接送服務，服務對象請於規定時間(每日 17:30)前接回，未事先告知逾時 20 分鐘(17:50)以上達三次者，予以記點，作為下期招生報名之參考。
- 2.當日因故請假無法到中心接受服務，請家長務必致電中心或賴群組請假。
- 3.因應服務對象有赴醫療院所上復健治療課的需求，請家長報名時填收托時間，以利中心服務人力上的調配。
- 4.為保障服務對象的健康與權益維護，持續配合衛生福利部疾病管制署流行疫情資訊、各項傳染病防治工作手冊、群聚防制指引等防疫工作及配戴口罩之規定。若服務對象有發燒(37.5℃)、呼吸道症狀、腸胃道症狀等或其他具傳染力之疾病時，須落實「生病不上課、不上班」原則，請讓感染對象在家休養，以獲得妥善照顧，直至症狀解除後 24 小時始返中心上課，讓我們共同守護服務對象們的健康。
- 5.報名本服務，即同意本中心無償使用服務使用者之肖像權。

☐ 以上我已詳閱並同意

家長/監護人簽名：

身分證號：

日期： 年 月 日

**收托時間(請家長務必填寫)	家庭狀況(由工作人員填寫)	積點核算 (由工作人員填寫)
☐ 週一：接回時間：	☐ 1.本縣列冊低收入戶或中低收入戶	
☐ 週二：接回時間：	☐ 2.領有身障補助者。	
☐ 週三：接回時間：	☐ 3.家中在學身障者人口數 ____ 人	
☐ 週四：接回時間：	☐ 4.單親家庭者。	
☐ 週五：接回時間：	☐ 5.隔代教養者。	
	☐ 6.特殊境遇家庭者。	
	☐ 7.障礙程度 ☐ 極重度 ☐ 重度	
	☐ 中度 ☐ 輕度 ☐ 發緩證明	
	☐ 8.其他特殊需求者。	
		積點合計
		錄取： ☐ 是 ☐ 否

*報名表請傳真或紙本遞送本中心*電話:(06)926-6018 傳真(06)926-0252 黃社工

*中心地址:澎湖縣馬公市同和路 33 樓(身心障礙者福利服務中心 1 樓右側)