

報名序號：

澎湖縣114學年身心障礙學生生活照顧服務寒假專班報名表

| | | | | |
|--------------|--|----|------|---|
| 學生姓名 | | | 出生日期 | 年 月 日 |
| 就讀學校 | | | 就讀班級 | 年級 班 |
| 身分證字號 | | | 連絡電話 | 住家： |
| 學生身心障礙 類別 | | | 障礙等級 | <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 |
| 戶籍地址 | | | | |
| 住家地址 | <input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 另列如後： | | | |
| 家庭照顧者 | 主要照顧者 | 姓名 | 職業 | 連絡電話 |
| | <input type="checkbox"/> 父親 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 母親 | | | |
| | <input type="checkbox"/> 其他 | | | |
| 緊急聯絡人 | <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 其他 _____ | | | |
| 家庭狀況 | <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 隔代教養家庭 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭 | | | |
| 照顧上應注意 事項 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明 _____ | | | |

* 收送托時間填寫

| | | 預計到達中心時間 | 預計接回時間 | 備註 |
|--------------------------|----|----------|--------|----|
| <input type="checkbox"/> | 週一 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 週二 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 週三 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 週四 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 週五 | | | |

* 預計返台或請假連續超過 5 日以上，請告知日期：

請翻至背面頁續填，感謝

* 報名表請傳真或紙本遞送本中心-黃社工

* 電話：(06)9266018 傳真：(06)9260252

* 中心地址：澎湖縣馬公市同和路33樓(身心障礙者服務中心1樓右側)

114學年身心障礙學生生活照顧服務寒假專班 家長同意書

茲同意本人子女 _____ 參加貴中心 114 學年寒假專班 (115/1/26 起 ~115/2/13 止)，並願意配合生活照顧服務專班規範事項(如下)，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。

家長/監護人簽名：

家長身分證號：

日期： 年 月 日

114學年身心障礙學生生活照顧服務寒假專班規範事項

- * 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。
- * 參加本服務新生之家長，須確實填寫『學生生活照顧注意事項表』以提供本中心服務參考。
- * 當日如因故請假無法到中心接受服務，請家長務必於早上 9 點 40 分 前致電中心或賴群組請假告知，方便服務人員掌握出勤狀況和餐食的準備。
- * 因應服務對象有赴醫療院所上復健治療課的需求，請家長報名時填收送托時間，以利中心服務人力上的調配。
- * 寒假期間若有計畫赴台或其他因素欲請連假達 3 天以上，也請事先告知說明，讓照顧資源能充分妥善運用。
- * 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°C)、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 24 小時後始返中心上課，讓我們共同守護服務對象們的健康。
- * 報名本服務，即同意本中心無償使用服務使用者活動之肖像權。

以上我已詳閱並 同意 不同意 家長簽名：

* 電話：(06)9266018 黃社工 傳真：(06)9260252

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

澎湖縣家庭照顧者支持服務中心(*新生家長必填)

114學年身心障礙學生生活照顧服務寒假專班學生照顧注意事項表

| | | | |
|-----------|--|-------|---|
| 學生姓名 | | 出生年月日 | 年 月 日 |
| 學生身心障礙類別 | | 障礙等級 | <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 |
| 緊急聯絡人 | 第一位姓名： | 關係： | 電話： |
| | 第二位姓名： | 關係： | 電話： |
| 身理功能生活自理 | (孩子肢體活動有困難嗎?孩子聽覺、視覺、觸覺等感官能力如何? 有使用那些輔具嗎?用餐或如廁時需要哪些協助?其他.....) | | |
| 社會互動情緒反應 | (孩子都如何表達自己的需要?口語表達情形?與他人互動顯得容易嗎?高興或不開心的時候怎麼表現?專注程度如何?堅持程度如何?其他.....) | | |
| 用藥情形 | (孩子有固定服藥的需要嗎?給藥的時間、劑量、用藥方式?) | | |
| 特別注意事項 | (孩子有哪些特殊情況需要本專班人員注意?或是孩子有特別的偏好或厭惡?其他.....) | | |
| 家長期待 | (為什麼願意期待接受本中心服務?或希望本專班能為孩子服務那些事項?其他.....) | | |
| 家長或監護人簽名： | | 年 月 日 | |