**中華民國腦性麻痺協會**

表A-1

**107年度身心障礙者就業前準備方案報名表**

使用說明：1、本表為申請職前準備服務使用。

2、本表可由服務申請者自行填寫，或由重要他人、專業人員協助填寫。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性別 | | | □男 □女 |
| 出生年月日 | | | 民國 年 月 日 |
| 聯絡電話 |  | | |
| 身分證字號 | | |  |
| 學校及科系 | (學校) (科系)  民國 年 月 □畢業 □肄業 | | | | | | |
| 家長/聯絡人 |  | 家長/聯絡人電話 | | | | 住家：  手機： | |
| 戶籍或聯絡地址 |  | | | | | | |
| 身心障礙手冊  類別等級 | 舊制：  障 度  新制：  第＿ ＿類 度 | | 行動狀況 | | □正常 □未使用輔具但行動緩慢  □需靠輔具，如： | | |
| 使用輔具 | * 無 □拐杖 □輪椅 □義肢 □助聽器 □人工電子耳 □手杖 | | | | | | |
| 醫療情形 | □我目前有固定吃藥(原因:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  □我目前有定期門診(頻率：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；醫院：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；原因：\_\_\_\_\_\_\_\_)  □我目前有定期復健(頻率：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；醫院：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；原因：\_\_\_\_\_\_\_\_)  □我正住院接受治療  □目前沒有接受醫療服務 | | | | | | |
| 是否有職業輔導評量經驗 | □無 □有，請附上**職業輔導評量報告書** | | | | | | |
| 轉介來源 | □職管/勞政 (單位: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  □衛政單位（含養護單位）(單位: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  □社政單位 (單位: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)  □自行申請 | | | | | | |

除報名表外，下列單位請一併附上所需附件

職管單位：評估表C及轉介表

支持性單位：轉介表

**※ 是否有職業訓練的經歷：** □無 □有，請詳細填寫以下內容

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職訓課程、種類 | 訓練起訖時間 | 承辦單位 | 是否領有  資格證書 |
|  | 民國 年 月至 年 月 |  |  |
|  | 民國 年 月至 年 月 |  |  |

**※ 是否有實習或工作經歷：** □無 □有，請詳細填寫以下內容

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 公司及職稱 | 工作內容 | 起訖時間 | 薪資待遇 | 離職原因 |
|  |  | 民國 年 月至 年 月 |  |  |
|  |  | 民國 年 月至 年 月 |  |  |
|  |  | 民國 年 月至 年 月 |  |  |
|  |  | 民國 年 月至 年 月 |  |  |

**※ 我覺得在就業遇到最大的困難是（必填，可複選）：**

|  |
| --- |
| 1. **□**一般行為：□生活作息 □衛生習慣 □穿著打扮 □時間觀念 □體耐力 □金錢使用   □基本禮節 □其他：   1. **□**就業概念：□職涯規劃 □職種瞭解 □求職技巧 □就業資源 □現實感 □其他： 2. **□**工作態度：□態度 □責任感 □主動性 □出缺勤 □服從性 □其他： 3. **□**人際互動：□家庭關係 □人際壓力 □同儕相處 □兩性需求 □其他： 4. **□**壓力調適：□抗壓性 □情緒控管 □休閒安排 □其他： 5. **□**其他問題： |

**※ 我期待職前方案對我的幫助是（必填）：**

**承辦單位： 中華民國腦性麻痺協會**

**11268台北市北投區大業路166號5樓**

**Tel：(02)2892-6222#304 Fax：(02)2891-1389**

**聯絡人：劉祐成**