|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基隆市特殊需求學生特殊教育相關專業團隊聯合評估申請單**  鑑定安置專用  105.01.19更新 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請日期： 年 月 日 **(鑑定安置專用)** | | | | | | | | | | | | | | 欲報名之場次日期： 年 月 日  附表2 | | | | | | | | | |
| 特教資源中心收件日期： 年 月 日 (**本列由中心填寫勾選**) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (各校需於欲報名之該場次收件截止日前送交特教資源中心，逾時將不再受理，並請各校送出申請表後，主動與中心聯繫，以完成報名流程。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提報學校 | | |  | | | | 聯絡人 | | | | | |  | | | | | 聯絡電話  行動電話 | | | | |  |
| 電子信箱 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **一、學生基本資料** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 | | |  | | | | | | 性別 | | |  | | | | | 主要照顧者 | | 關係：  姓名： | | | | |
| 身份證字號 | | |  | | | | | | 生日 | | |  | | | | | 聯絡電話  行動電話 | |  | | | | |
| 聯絡地址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **二、障礙情形** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. 身心障礙手冊 □ 無；□ 有，類別： ，障礙程度：  2. 身心障礙證明 □ 無；□ 有，障礙等級：  障礙類別：  ICD 診斷：  3. 醫院診斷證明：  4. 領有鑑輔會之證明文號： ，類別：  5. □ 未經鑑定，但疑似有明顯發展遲緩或身心障礙 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **三、目前安置情形** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □ 普通班 □ 資源班 □ 特教班 □ 在家教育班 □ 其他：  年 班，實際年級： 年級，導師： ，輔導老師： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **四、過去疾病史及醫療情形(請註明時間或年齡、疾病原因、醫院、醫學診斷)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1.    2. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要照顧者  基本資料 | | | |  | | 姓 名 | | | | | 年 齡 | | | | 職 業 | | | | | | 教育程度 | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
|  | |  | | | | |  | | | |  | | | | | |  | | |
| 家庭成員障礙情形 | | 領有手冊者 | | | | | | 障礙類別 | | | | | | | | | 等 級 | | | | | 與學生關係 | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | |  | |
| **六、申請原因** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １.請勾選(可複選):  **□鑑輔會決議須接受聯合評估**  **□期中轉介需求**  **□提供家長建議**  **□建議至醫院做密集治療**  **□其他:**  ２.個案現況能力說明: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **家 長 同 意 書**  本人同意子弟 接受基隆市特殊教育相關專業服務之各項工作。  家長或監護人簽章：  中華民國 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 承  辦  人 |  | | | | | | 單  位  主  管 | | |  | | | | | | | | 校 長 | |  | | | |
| **特教資源中心處理結果** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □受理申請 ； **確認場次日期： 年 月 日**  □不受理申請，原因： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 承辦人 | | | | |  | | | | | | | | | | | 中心主任 | | |  | | | | |