

桃園市身心障礙者婚姻與生育服務 轉介表暨回覆單

轉介日期： 年 月 日

我們的服務對象：			
1. 居住桃園市懷孕中、照顧12歲以下子女，其因障礙因素在婚姻、孕產與育兒過程中遇到困境之身心障礙者及其家庭。			
2. 其他經社工評估有需求者。			
填表說明：			
可以使用您所屬單位的轉介表，但需要說明「個案(身心障礙者)因障礙導致在婚姻、孕產與育兒過程中遇到困境之情形」。			
轉介單位資料			
轉介單位類別	<input type="checkbox"/> 醫療單位 <input type="checkbox"/> 社政(福)單位 <input type="checkbox"/> 教育單位 <input type="checkbox"/> 衛政單位 <input type="checkbox"/> 警政單位 <input type="checkbox"/> 司法單位 <input type="checkbox"/> 民政單位 <input type="checkbox"/> 其他_____		
轉介單位名稱		聯絡方式	電話：
轉介人員	職稱：		傳真：
	姓名：		電子信箱：
個案資料			
個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他
出生年月日	年 月 日	身分證字號	
聯絡電話	電話：	手機：	
居住地址			
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 1. 未婚 <input type="checkbox"/> 2. 同居 <input type="checkbox"/> 3. 已婚 <input type="checkbox"/> 4. 分居 <input type="checkbox"/> 5. 離婚 <input type="checkbox"/> 6. 喪偶 <input type="checkbox"/> 7. 其他_____		
子女數	<input type="checkbox"/> 1. 6歲以下：_____人 <input type="checkbox"/> 2. 7-14歲：_____人 <input type="checkbox"/> 3. 15-18歲：_____人 <input type="checkbox"/> 4. 19歲以上：_____人		
障礙類別/等級 (請描述障礙情形)			
個案需求與轉介期待 (必填)	一、因障礙因素在婚姻、孕產與育兒過程中遇到的困境： 二、家庭需求： 三、單位轉介期待： (如有需要請檢附相關資料)		

轉介人員：_____

單位主管：_____

轉介回覆表

受理日期： 年 月 日；回覆日期： 年 月 日

個案姓名		接案社工/聯繫電話	
受理情形			
主責社工		單位主管	
一、 承辦單位：社團法人桃園市身心障礙聯盟 二、 聯繫地址：桃園市桃園區崇法街 77 號 1 樓 三、 服務電話：03-3010253 傳真電話：03-3010283 四、 電子信箱：tydaw3010253@gmail.com			