

托嬰機構及居家托育人員收托發展遲緩兒童 巡迴輔導服務申請表

一、主辦單位：嘉義市政府 承辦單位：戴德醫療財團法人嘉義基督教醫院

二、連絡電話：嘉義市兒童發展通報轉介中心 05-2719509

三、申請方式：填寫本表後傳真回覆 05-2718660 或電郵 cychddei@gmail.com

四、說明：

(一)本計畫為協助本市公(私)立立案托嬰中心及本市領有居家式托育服務登記證書之托育人員及其家長建立早期療育正確觀念、增強托育人員及其家長進行個別化照顧及教養技巧、增進托育人員及其家長對兒童發展能力的知能、提供托育人員及其家長相關社會福利諮詢及支持性服務。

(二)收托(疑似)發展遲緩兒童之公(私)立托嬰中心立案托嬰中心及本市領有居家式托育服務登記證書之托育人員，由托嬰中心、居家托育服務中心申請本服務，並同時通報本市兒童發展通報轉介中心。

(三)如申請人或家長有其他需求，可於個案概述欄位註明。 申請日期：____年____月____日

兒童基本資料	兒童姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	兒童生日	____年____月____日	
	兒童身分證字號		實際年齡		____歲	____月	
	主要照顧者 /連絡電話	父/姓名：_____		電話：_____、_____			
		母/姓名：_____		電話：_____、_____			
	其它照顧者/姓名：_____		/與兒童關係：_____				
	聯絡方式:手機_____		市話：_____				
	福利身分別	<input type="checkbox"/> 不瞭解 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 弱勢緊急兒少 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭 <input type="checkbox"/> 家暴或兒虐家庭 (以上如「曾經是」也請勾選)					
戶籍地址	嘉義市 縣_____區_____里_____路_____段_____號						
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地 嘉義市 縣_____區_____里_____路_____段_____號						
醫療證明文件 (無則附「學齡前兒童發展檢核表」)	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明影本 障礙類別：_____ 等級：_____ 重新鑑定日期：____年____月____日						
	<input type="checkbox"/> 醫療評估報告書影本 評估醫院名稱：_____ 下次鑑定日期：____年____月____日						
	<input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書影本 診斷醫院名稱：_____ 開立日期：____年____月____日						
	<input type="checkbox"/> 重大傷病證明文件影本 <input type="checkbox"/> 學齡前兒童發展檢核表						

申請單位資料	申請單位	<input type="checkbox"/> 托嬰中心(名稱: _____) <input type="checkbox"/> 居家托育服務中心 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
	申請人姓名		申請人 職稱	
	(居家)托育人員	<input type="checkbox"/> 同申請人 托育人員姓名: _____	連絡 電話	手機: _____ 市話: _____
	(居家)托育地址	嘉義市 縣 _____ 區 _____ 里 _____ 路 _____ 段 號		
個案概述	本案通報情形	是否已通報嘉義市兒童發展通報轉介中心? <input type="checkbox"/> 已通報 <input type="checkbox"/> 未通報(已寫通報單)		
	評估遲緩項目 (可複選)	<input type="checkbox"/> 語言 <input type="checkbox"/> 粗大動作 <input type="checkbox"/> 精細動作 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 社會情緒 <input type="checkbox"/> 其他: _____		
	送托期程	____年__月__日~____年__ 月__日送托時間: ____年 月	是否接受 過早療巡 輔服務	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 自__年__月至__年__月
	療育情形	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有, 從 ____年__月至 年__月	有療育情 形(無則 免填)	療育單位: _____ 療育項目: _____ 療育頻率: ____週____次
	請簡易描述所擔心問題:		<input type="checkbox"/> 請服務單位先不與家長聯繫	

註: 本計畫服務次數以每名個案每月至多2次。

