

臺中市身心障礙者輔助器具到宅評估申請表

一、個案基本資料

轉介單位：_____（傳真電話）

姓名：_____ 性別：男 女 身分證字號：_____

生日：民國____年____月____日 社會福利身份：低收入戶（附證明）中低收入戶（附證明）一般

戶籍地址：_____

評估地址：_____（同上可不填）

聯絡人：_____ 與個案關係：_____ 聯絡電話：_____

障礙類別：_____ 障礙級別：無手冊 輕度 中度 重度 極重度

視覺障礙 聽覺機能障礙 平衡機能障礙 聲音或語言機能障礙

肢體障礙 智能障礙 重要器官失去功能 顏面損傷者 植物人 失智症

自閉症 慢性精神病患者 多重障礙者_____ 頑性（難治型）癲癇症

經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙

其他經中央主管機關認定之身障類別（染色體異常先天代謝異常其他先天缺陷）

二、申請評估輔具項目：輪椅及推車 擺位系統 輪椅座墊 居家照顧床及氣墊床

電動輪椅及相關配件 步行輔具 移位輔具及移位機

上下肢矯具 脊柱矯具

站立架及傾斜床 擺位椅及升降桌 居家無障礙設施及相關設備

溝通輔具及人工講話器 溝通或電腦輔具用支撐固定器 電腦輔具

視覺及相關輔具 行動電話機及影像電話機

其他_____

三、申請到宅評估原因：設籍且居住本市肢體癱瘓、無法自行翻身及坐起者 低收入戶

居家無障礙設施設備 經主管單位核可者_____

申請日期：民國_____年_____月_____日

申請人簽章：_____（追蹤評估案件免簽）

請擇一傳真至以下輔具資源中心：

1. 臺中市北區輔具資源中心(潭子)

（服務區域：北屯區、潭子區、豐原區、大雅區、后里區、東勢區、太平區、新社區、和平區、石岡區、神岡區、梧棲區、沙鹿區、清水區、大甲區、外埔區及大安區）

傳真：25314199

電話：04-25314200、04-25322843

2. 臺中市南區輔具資源中心(南屯)

（服務區域：北區、中區、東區、南區、南屯區、西區、西屯區、龍井區、大里區、大肚區、烏日區及霧峰區）

傳真：24754086

電話：04-24713535*1177