

臺中市政府勞工局 112 年度視力協助服務申請表

受理日期： 年 月 日 (第 階段申請案)

案件編號：

申請人姓名							申請日期	年 月 日					
身分證字號										出生日期	年 月 日		
障別等級							聯絡電話	住家： 手機：					
致障原因	<input type="checkbox"/> 先天 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 職業災害 <input type="checkbox"/> 其他：_____						教育程度	<input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學(專) <input type="checkbox"/> 研究所					
健康狀況	<input type="checkbox"/> 全盲： <input type="checkbox"/> 有光覺 <input type="checkbox"/> 無光覺 <input type="checkbox"/> 低視力：左眼____，右眼____ <input type="checkbox"/> 現有疾病：_____						目前輔具 使用狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 白手杖 <input type="checkbox"/> 特製眼鏡 <input type="checkbox"/> 手持望遠鏡 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 智慧型語音手機 <input type="checkbox"/> 點字板 <input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器 <input type="checkbox"/> 盲用電腦 <input type="checkbox"/> 聽書機 <input type="checkbox"/> 其他：_____					
現居地址	_____市_____區_____里(村)_____鄰_____路(街)_____段_____巷 _____弄_____號_____樓												
工作地址 (地點名稱)	_____市_____區_____里(村)_____鄰_____路(街)_____段_____巷 _____弄_____號_____樓(_____)												
現職狀況	就業類別	工作單位	職稱	工作時間	工作內容	每月 平均收入	起訖年月						
	<input type="checkbox"/> 任職												
	<input type="checkbox"/> 接受職業訓練												
	<input type="checkbox"/> 自營作業者												
	<input type="checkbox"/> 即將任職												
	<input type="checkbox"/> 其他												
現職遭遇困難簡述及預擬改善方式													

申請項目 個人生活私事、居家服務、長期就業相關 人力需求或交通接送等事項·非服務範疇。	申請 時數	申請服務時間 (日期或星期 、時間起訖)	申請服務地點(地址)	申請共同 受服務者姓名
職場文書行政協助服務 <input type="checkbox"/> 口語報讀與錄音 <input type="checkbox"/> 電腦操作協助 <input type="checkbox"/> 資料整理與搜尋			<input type="checkbox"/> 現居地址 <input type="checkbox"/> 工作地址 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：
職場交通定向協助服務 <input type="checkbox"/> 職場簡易定向行動 <input type="checkbox"/> 短期就業交通陪同 (□公車號碼_____·□捷運·□鐵路)			<input type="checkbox"/> 現居地址 <input type="checkbox"/> 工作地址 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：
其他就業相關服務需求			<input type="checkbox"/> 現居地址 <input type="checkbox"/> 工作地址 <input type="checkbox"/> 其他：	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 姓名：
總 計		備註：表格如不敷使用，請自行增刪調整。		

應檢附之證明文件黏貼處

身心障礙證明(正面)影本

身心障礙證明(反面)影本

申請人簽章：

聯絡人簽章(字體需清晰)：

本人已完全瞭解並明白「視力協助服務規範」、
「防疫規範」，並願遵守相關規定。

與申請人關係：_____

聯絡電話：_____

※ 如有任何問題或申請表需要協助填寫，請洽承辦單位 (社團法人台灣盲人福利協進會全國總會，地址：臺中市東區進化路 170 號 3 樓，電話：04-22114244 王社工) 或本局 (電話：04-22289111 分機 35424 金小姐)。