全國教師工會總聯合會、秋圃文教基金會 ＿＿＿年度

 視覺障礙學生課後課業輔導、生活自理技能訓練申請表

 **申請日期：＿＿年＿ 月＿ 日**

**填表說明：第二部分請就您所知填寫。**

**第一部分：聯絡人資料**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **學校全名** |   | **校址： 市 區** |
| **聯絡人** |  |
| **聯絡人電話** |  | **傳真號碼** |  | **E-MAIL** |  |

**第二部分：視障學生基本資料**

| **以下視障學生資訊請盡量就您所知填寫，將有助於協助者了解利於與教師討論，謝謝！** |
| --- |
| **學生年級**（勿填姓名） |  |
| **障礙手冊/****證明** | 障礙類別：□視覺障礙 程度： □多重障礙 程度： |
| **醫學診斷/****障礙現況描述** | (請填寫與障礙有關的醫學診斷、疾病名稱如：視網膜病變、視神經、青光眼…)□不清楚 |
| **致障時間/致障原因** | □先天，請說明原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□後天，時間：\_\_\_年\_\_\_月，請說明原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□不清楚 |
| **是否合併其他障礙** | □否□是，□先天，請說明原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□後天，時間：\_\_\_年\_\_\_月，請說明原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□不清楚 |
| **醫療情形** | □目前沒有接受醫療服務□眼睛曾開過刀，幾歲： □目前有固定吃藥(原因： )□目前有定期門診(頻率：\_\_\_\_\_\_\_\_；醫院：\_\_\_\_\_\_\_\_\_；原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_)□目前有定期復健(頻率：\_\_\_\_\_\_\_\_；醫院：\_\_\_\_\_\_\_\_\_；原因：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)□不清楚 |
| **學校日常生活****獨立程度** | 1、生活自理獨立程度操作方式〈可複選〉 □需他人協助(部分協助或全部協助皆可勾選)：(協助內容：□穿脫衣 □清潔工作□上廁所 □用餐 □收納□付錢或找零 □其它：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □完全獨立不需他人協助 |
| 2、校園內行動獨立程度〈可複選〉 □需協助： 協助者：□教師□助理員□同學□志工□愛心媽媽 □其他\_\_\_\_\_ 使用輔具：□無 □白手杖 □輪椅 □其它：\_\_\_\_\_\_ □不需協助 |
| 3、校園外行動獨立程度〈可複選〉 □需協助： 協助者：□教師□助理員□同學□志工□愛心媽媽 □家人□其他\_\_\_\_\_ 使用輔具：□無 □白手杖 □輪椅 □其它：\_\_\_\_\_\_ □不需協助 |
| 4、讀寫與溝通方式〈可複選〉閱讀：□ 國字 □ 點字 □ 語音（人工/機器報讀） □ 其他\_\_\_\_\_\_\_\_書寫：□ 國字（紙筆）□ 國字（鍵盤輸入法\_\_\_\_\_\_\_） □ 點字輔具：□ 放大軟體 □ 放大鏡 □ 擴視機 □ 錄音機（mp3） □ 電腦 □ 語音報讀軟體〈導盲鼠;NVDA;JAWS〉□ 點字機/板通訊：□ 家用電話 □手機\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □電腦\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **申請項目** |  * 課後課業輔導
* 課後生活自理技能訓練
 |

＊本表填寫完畢請E-MAIL：lilyshiehla@gmail.com

或FAX：02-25857559蕭德恩小姐，並來電02-25857557#305確認。

＊本件請呈視障學生導師、特教組長、輔導主任或教務主任、校長核可。

導師： 特教組長： 輔導主任或教務主任： 校長：