

全國教師工會總聯合會、財團法人秋圃文教基金會  
視障者跨齡整體重建及訓練服務計劃 六歲前幼兒服務申請表

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

|                 |                                                                          |      |            |        |                                                             |
|-----------------|--------------------------------------------------------------------------|------|------------|--------|-------------------------------------------------------------|
| 幼兒姓名            |                                                                          |      | 住家地址       |        |                                                             |
| 幼兒出生<br>年月日     |                                                                          |      |            |        |                                                             |
| 入學與否            | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，_____幼兒園<br>_____班 |      | 有無兄弟姊妹     |        | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有_____位 |
| 家庭聯絡人           |                                                                          |      | 聯絡人 E-MAIL |        |                                                             |
| 與幼兒關係           |                                                                          |      | 家庭聯絡人電話    |        |                                                             |
| 未上幼兒園免填         |                                                                          |      |            |        |                                                             |
| 幼兒園全名           |                                                                          |      | 學校地址       |        |                                                             |
| 學校聯絡人           |                                                                          | 職 稱  |            | 聯絡人電話  |                                                             |
| 學校聯絡人<br>E-MAIL |                                                                          |      |            |        |                                                             |
| 視障巡迴輔導教師        |                                                                          | 電話   |            | E-MAIL |                                                             |
| 不分類巡迴輔導教師       |                                                                          | 電話   |            | E-MAIL |                                                             |
| 或其他特教教師         |                                                                          | 電話   |            | E-MAIL |                                                             |
| 機構人員            |                                                                          |      |            |        |                                                             |
| 機構聯絡人           |                                                                          | 職 稱  |            | 機構地址   |                                                             |
| 聯絡人電話           |                                                                          | 傳真號碼 |            | E-MAIL |                                                             |

第二部分：視障幼兒基本資料

以下視障幼兒資訊請盡量就您所知「勾選/填寫」，將有助於協助者了解，利於與教師討論，謝謝！

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 障礙手冊/<br>證明/鑑輔會<br>鑑定 | 障礙類別： <input type="checkbox"/> 視覺障礙，程度：____ 度，ICF 編碼：_____<br><input type="checkbox"/> 合併其他障礙，程度：____ 度，ICF 編碼：_____<br><input type="checkbox"/> 特殊教育鑑輔會鑑定視覺障礙： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 醫學診斷/<br>障礙現況描<br>述   | 眼科或罕病病名：_____（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、史蒂文生強生症候群、阿姆斯特壯症候群、自體免疫性(類風濕、紅斑性狼瘡、…)）<br><input type="checkbox"/> 不清楚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 導致障礙<br>年齡/原因         | <input type="checkbox"/> 發現障礙的年齡：____歲，請說明原因：_____（如早產、意外、罕病…）<br><input type="checkbox"/> 不清楚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 醫療情形                  | <input type="checkbox"/> 目前沒有接受醫療及復健治療服務<br><input type="checkbox"/> 目前有接受復健治療服務： <input type="checkbox"/> 1.語言 <input type="checkbox"/> 2.職能 <input type="checkbox"/> 3.物理 <input type="checkbox"/> 4.其他：_____<br><input type="checkbox"/> 目前有定期復健( <input type="checkbox"/> 醫院或診所，頻率：_____ <input type="checkbox"/> 學校，頻率_____) )<br><input type="checkbox"/> 曾開過刀，幾歲：_____，開刀部位：_____（例，腦部、眼部視網膜、水晶體、…）<br><input type="checkbox"/> 目前有固定用藥(服藥後出現作用：_____)(例，疲倦、嗜睡…)<br><input type="checkbox"/> 目前有定期門診(頻率：_____；醫院：_____)<br><input type="checkbox"/> 不清楚                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 照顧<br>情況              | 1. 目前在家主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 其他：_____<br>2. 目前放學後： <input type="checkbox"/> 回家 <input type="checkbox"/> 學校課後照顧班 <input type="checkbox"/> 私人安親班 <input type="checkbox"/> 其他：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 幼兒生活<br>獨立程度          | 1. 生活自理獨立及主動程度「代碼」填入方格:(1. 完全獨立及主動；2. 部分獨立及主動；3. 無法獨立及主動)：<br><input type="checkbox"/> 會抓東西 <input type="checkbox"/> 會握東西 <input type="checkbox"/> 會揉東西 <input type="checkbox"/> 會捏東西 <input type="checkbox"/> 認識身體部位及名稱<br><input type="checkbox"/> 穿衣服 <input type="checkbox"/> 脫衣服 <input type="checkbox"/> 用衣架掛衣服 <input type="checkbox"/> 擰毛巾 <input type="checkbox"/> 如廁(穿脫、沖水) <input type="checkbox"/> 刷牙<br><input type="checkbox"/> 使用湯匙用餐 <input type="checkbox"/> 穿鞋子 <input type="checkbox"/> 脫鞋子 <input type="checkbox"/> 使用水壺喝水 <input type="checkbox"/> 擠牙膏 <input type="checkbox"/> 使用筷子用餐<br><input type="checkbox"/> 整理小背包 <input type="checkbox"/> 模仿身體操控活動 <input type="checkbox"/> 其它：_____<br>2. 行動獨立及主動程度「代碼」填入方格:(1. 完全獨立及主動；2. 部分獨立及主動；3. 無法獨立及主動)：<br><input type="checkbox"/> 知道走去哪裡拿到該拿的東西 <input type="checkbox"/> 走去如廁 <input type="checkbox"/> 走到目的教室 <input type="checkbox"/> 走到自己的座位<br><input type="checkbox"/> 相關教室走到校門口 <input type="checkbox"/> 其它：_____<br>3. 具有家裡心理地圖(能在不同的所在位置, 正確走到想去的地方)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>4. 目前使用行動輔具： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 白手杖 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其它：_____<br>5. 目前在家主要照顧者：_____<br>6. 目前在幼兒園主要協助者： <input type="checkbox"/> 助理員(1 週/____節) <input type="checkbox"/> 志工(1 週/____節)<br><input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 其他_____ |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>閱讀(圖片或文字)及書寫(塗鴉或文字)</p> | <p>1. 幼兒目前讀(圖片或文字)、寫(塗鴉或文字)方式及速度〈可複選〉</p> <p>a. 閱讀方式：<input type="checkbox"/> 放大 <input type="checkbox"/> 一般大小 <input type="checkbox"/> 點字 <input type="checkbox"/> 語音報讀軟體 <input type="checkbox"/> 人工報讀<br/> <input type="checkbox"/> 其他_____</p> <p>a-1. 閱讀速度：<input type="checkbox"/> 落後一般同齡幼兒 <input type="checkbox"/> 跟一般同齡幼兒一致</p> <p>b. 書寫(塗鴉或文字)方式：<input type="checkbox"/> 鉛筆 <input type="checkbox"/> 粉筆 <input type="checkbox"/> 蠟筆 <input type="checkbox"/> 彩色筆 <input type="checkbox"/> 無<br/> <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> <p>b-1. 書寫(塗鴉或文字)結果：<input type="checkbox"/> 跟一般同齡幼兒一樣清楚 <input type="checkbox"/> 大概可以看得懂<br/> <input type="checkbox"/> 完全看不懂</p> <p>b-2. 書寫(塗鴉或文字)速度：<input type="checkbox"/> 落後一般同齡幼兒 <input type="checkbox"/> 跟一般同齡幼兒一致</p> <p>2. 幼兒目前使用輔具：<input type="checkbox"/> 點字機/板 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 錄音機 (mp3)<br/> <input type="checkbox"/> 聽書機 <input type="checkbox"/> 手杖 <input type="checkbox"/> 望遠鏡 <input type="checkbox"/> 特殊眼鏡：_____<br/> <input type="checkbox"/> 完全未使用輔具 <input type="checkbox"/> 其他：_____</p> |
| <p>申請項目</p>                | <p>1. A-<input type="checkbox"/> 特殊需求評估(<input type="checkbox"/>可看可操作的方式評估 <input type="checkbox"/>未來讀寫技能)。<br/> B-<input type="checkbox"/> 諮詢服務(<input type="checkbox"/>現階段可進行教學目標 <input type="checkbox"/>未來就學、升學發展)。</p> <p>2. A-<input type="checkbox"/> 助理員時數經費:補就讀普通幼兒園融合班因申請政府核定時數後之不足或未及申請特殊案例。(經評估助理員工作內容以引導教玩具操作、陪練各項技能、協助引導室外活動、口述影像、報讀、...等非生活照顧)<br/> B-<input type="checkbox"/>助理員協助技能實務示範講解<br/> C-<input type="checkbox"/>寒(暑)期間: 年 月 日至 年 月 日，<br/> 每日_____小時，總共_____小時。</p> <p>3. <input type="checkbox"/> 協助合理調整學習角落區教玩具加工及玩法。</p> <p>4. <input type="checkbox"/> 功能性課程資源聯結(點字、電腦技能、嚙蝦米鍵盤輸入法...等等)。</p> <p>5. <input type="checkbox"/> 生活自理能力訓練:<input type="checkbox"/>定向行動 <input type="checkbox"/>生活自理技能(依該齡應發展出之自我照顧、收納整理、衛生清潔等能力) 訓練所在場所：<input type="checkbox"/>學校 <input type="checkbox"/>居家社區</p> <p>6. <input type="checkbox"/>輔具及工作機具借用(<input type="checkbox"/>擴視機 <input type="checkbox"/>雙視點字列印機 <input type="checkbox"/>Tiger 圖形印表機 <input type="checkbox"/>立體圖熱印機等)。</p> <p>非上述申請項目請選其他並說明需求。</p> <p>7. <input type="checkbox"/> 其它：_____</p> <p><b>★以上服務為補連結教、社、勞政府資源後之不足。</b></p>                  |

\*本表請 E-MAIL：[liensm522@gmail.com](mailto:liensm522@gmail.com)

或 FAX：02-2585-7559，並來電 02-2585-7528 #207 連秘書確認。

\*已上幼兒園的幼兒，本申請表請呈視障幼兒老師、園長核可。

家長：

社工或班級老師：

幼兒園園長：