

臺中市政府勞工局 114 年度視力協助服務申請表

受理日期： 年 月 日 (第 梯次申請案)

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						預擬改善方式							
<input type="checkbox"/> 工作相關公文、資料無法使用輔具閱讀。 <input type="checkbox"/> 使用手機或電腦建檔(例如顧客資料、記帳、開會或授課資料)時，資料漏打或打錯，較無法編排位置。 <input type="checkbox"/> 工作相關文書無法使用輔具填寫。 <input type="checkbox"/> 難以閱讀、整理及搜尋工作相關專業知能(圖影)。 <input type="checkbox"/> 到達工作地點時，無法獨自前往工作場所。 <input type="checkbox"/> 往返工作地點路線不熟悉。 <input type="checkbox"/> 難以辨識道路、方向、燈號或車號並招乘。 <input type="checkbox"/> 行徑路線常遇施工、路障或無障礙設計待加強。 <input type="checkbox"/> 其他：						<input type="checkbox"/> 擬請視協員協助口語報讀(錄音)。 <input type="checkbox"/> 擬請視協員協助手機或電腦操作、排版或校對。 <input type="checkbox"/> 擬請視協員協助填寫文書、整理或搜尋資料。 <input type="checkbox"/> 擬請定向行動訓練師進行專業的定向行動訓練。 <input type="checkbox"/> 擬請視協員協助工作環境簡易的定向。 <input type="checkbox"/> 擬請視協員協助規劃、討論或陪同熟悉往返工作地點路線。 <input type="checkbox"/> 行走、搭車時使用手杖、APP、大字報，或請視協員、站務、週遭人員協助陪同等。 <input type="checkbox"/> 其他：							

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 (<input type="checkbox"/> 公車號碼 _____ · <input type="checkbox"/> 捷運 · <input type="checkbox"/> 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。		
應檢附之身心障礙證明黏貼處 <input type="checkbox"/> 如後附(黏貼或影印於 A4 紙張上)				
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： <input type="checkbox"/> 本人已完全瞭解並明白「視力協助服務規範」· 並願遵守相關規定。		聯絡人簽章(字體需清晰)： 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) 或勞工局 (電話：04-22289111 分機 35424 金小姐)。