

臺中市單側聽損學生 FM 調頻教學輔助系統申請資料檢核表

(※本表請裝訂於學生申請資料第1頁)

學校名稱：_____

學生姓名：_____

【應檢附資料一覽表】

輔助器材類別	應檢附資料 (備妥者請打勾，並請依序排列)
FM 調頻教學 輔助系統	<input type="checkbox"/> 輔具器材申請表(附件1) <input type="checkbox"/> 6個月內聽力圖正本(需有裸耳及矯正後聽力圖) *聽力圖有效條件： 1. 6個月內，裸耳及矯正後兩種。 2. 應載明內容含：受測者姓名、出生年月日、 檢測日期、檢測聽力師簽/章、檢測單位 章、助聽器/電子耳規格內容說明。

注意事項：

1. 請學校務必確認申請學生非屬鑑定通過之特教生，且完整填寫單側聽損學生 FM 調頻教學輔助申請表。
2. 若申請學生身分為特教生，請勿提出本項申請；請依特教生輔具申請程序辦理。

◎檢核學生提交之申請資格及資料皆已齊備。

特教承辦人簽章：

臺中市單側聽損學生 FM 調頻教學輔助系統申請表

學生姓名		學校 行政區		學校名稱		
身分證字號		年級		班級		
承辦人	職稱：	姓名：	聯絡電話：	分機：		
家長聯絡電話	住家：	手機：				
目前雙耳 配戴輔具現況	自有輔具： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 配戴助聽器 <input type="checkbox"/> 人工電子耳					
	(請務必填寫完整，如有缺漏無法受理申請。若不確定型號可於聽力圖檢測時，請檢測聽力師協助填寫本欄位)					
	助聽器	左耳	廠牌 _____ 型號 _____ 顏色 _____ 已配戴 _____ 年	人工電子耳	左耳	_____ 年 _____ 月 廠牌 _____ 型號
		右耳	廠牌 _____ 型號 _____ 顏色 _____ 已配戴 _____ 年	人工電子耳	右耳	_____ 年 _____ 月 廠牌 _____ 型號
學習困難現況說明						
需求說明						
FM 調頻教學輔助系統申請項目	<input type="checkbox"/> FM 調頻教學輔助系統一套(損耳已配戴自有助聽器或人耳電子耳者) 含發射器1個、接收器1只、單耳(助聽器或電子耳)轉接介面及相關設備配件 <input type="checkbox"/> FM 調頻教學輔助系統一套(雙耳未配戴自有助聽器或人耳電子耳者) 含發射器1個、接收器1只(Mylink 或 Focus 依審查建議配予)及相關設備配件。 <input type="checkbox"/> 其他特殊項目或說明：_____。					
申請同意書	申請人簽章 (家長或監護人)					
	承辦人		單位主管		校長	
	幼兒園承辦人		幼兒園園長			

1. 請詳細填寫、備妥相關資料、逐級核章後提出申請，每年於3、6、9、12月底進行審查。
2. 核定後，所借物品因零件較多且細小，應整套妥存。耗材(音靴、耳管、電池)損壞由家長自付維修更換，若有因保管不當損壞或遺失，願負修復或賠償責任，借用期滿或不需使用時主動歸還以利資源有效循環。
(使用年限5年內，若因更換自有助聽器或電子耳致需更換FM配對音靴/轉接介面等費用，需由家長負擔)