

# 臺中市身心障礙學生教育輔助器材-定點評估/到校評估申請表

(固定期申請期間為每年1、4、7、11月1~15日，其餘月份送件者，會自動安排至最近一期評估月間)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 學 校                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | _____區_____高/國中/小                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                    | 評估方式(擇一)<br><input type="checkbox"/> 定點評估<br><input type="checkbox"/> 到校評估↓<br><b>限 桌上型擴視機、包覆式濾光眼鏡</b><br>請填寫可以到校評估的時段需使用原班教室有2節空堂的時間 星期_____上午、下午                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 學生姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 就讀年級                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 生日_____年_____月_____日                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 特教類別                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | _____程度_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 身高_____cm                                                                                                                                                                                                                                          | 體重_____Kg                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 安置班型                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 目前已借教育輔具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____、_____。                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 聯絡方式                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 主要聯絡人 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> _____前勾選者手機：_____。(H)：_____。                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 居住地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 臺中市_____區_____。                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 學生假日評估未到時學校聯絡人 姓名：_____ 職稱：_____ 手機：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 希望申請評估之類別與輔助器材名稱 (至多勾選2類輔具項目)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| <table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/>行動移位與擺位類<br/> <input type="checkbox"/>擺位椅 <input type="checkbox"/>移位板<br/> <input type="checkbox"/>升降桌 <input type="checkbox"/>輪椅配件<br/> <input type="checkbox"/>電動輪椅<br/> <input type="checkbox"/>特製輪椅 <input type="checkbox"/>擺位系統<br/> <input type="checkbox"/>助行器 <input type="checkbox"/>站立架<br/> <input type="checkbox"/>其他_____。<br/> <b>(本類務必檢附第2頁照片)</b> </td> <td> <input type="checkbox"/>溝通類<br/> <input type="checkbox"/>無語音輸出之圖卡或設備<br/> <input type="checkbox"/>低階固定版面型語音溝通器<br/> <input type="checkbox"/>高階固定版面型語音溝通器<br/> <input type="checkbox"/>具掃描功能語音溝通器<br/> <input type="checkbox"/>動態版面型語音溝通器<br/> <input type="checkbox"/>溝通輔助器材支架<br/> <input type="checkbox"/>其他_____。 </td> <td> <input type="checkbox"/>視覺類<br/> <input type="checkbox"/>桌上型遠近擴視機<br/> <input type="checkbox"/>攜帶型遠近擴視機<br/> <input type="checkbox"/>點字機<br/> <input type="checkbox"/>點字觸摸顯示器<br/> <input type="checkbox"/>視障用擴視軟體<br/> <input type="checkbox"/>包覆式濾光眼鏡 </td> <td> <input type="checkbox"/>閱讀與書寫類<br/> <input type="checkbox"/>特殊滑鼠<br/> <input type="checkbox"/>特殊鍵盤<br/> <input type="checkbox"/>嘴控滑鼠<br/> <input type="checkbox"/>其他類<br/>           名稱1. _____。<br/>           名稱2. _____。 </td> </tr> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> 行動移位與擺位類<br><input type="checkbox"/> 擺位椅 <input type="checkbox"/> 移位板<br><input type="checkbox"/> 升降桌 <input type="checkbox"/> 輪椅配件<br><input type="checkbox"/> 電動輪椅<br><input type="checkbox"/> 特製輪椅 <input type="checkbox"/> 擺位系統<br><input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 站立架<br><input type="checkbox"/> 其他_____。<br><b>(本類務必檢附第2頁照片)</b> | <input type="checkbox"/> 溝通類<br><input type="checkbox"/> 無語音輸出之圖卡或設備<br><input type="checkbox"/> 低階固定版面型語音溝通器<br><input type="checkbox"/> 高階固定版面型語音溝通器<br><input type="checkbox"/> 具掃描功能語音溝通器<br><input type="checkbox"/> 動態版面型語音溝通器<br><input type="checkbox"/> 溝通輔助器材支架<br><input type="checkbox"/> 其他_____。 | <input type="checkbox"/> 視覺類<br><input type="checkbox"/> 桌上型遠近擴視機<br><input type="checkbox"/> 攜帶型遠近擴視機<br><input type="checkbox"/> 點字機<br><input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器<br><input type="checkbox"/> 視障用擴視軟體<br><input type="checkbox"/> 包覆式濾光眼鏡 | <input type="checkbox"/> 閱讀與書寫類<br><input type="checkbox"/> 特殊滑鼠<br><input type="checkbox"/> 特殊鍵盤<br><input type="checkbox"/> 嘴控滑鼠<br><input type="checkbox"/> 其他類<br>名稱1. _____。<br>名稱2. _____。 |
| <input type="checkbox"/> 行動移位與擺位類<br><input type="checkbox"/> 擺位椅 <input type="checkbox"/> 移位板<br><input type="checkbox"/> 升降桌 <input type="checkbox"/> 輪椅配件<br><input type="checkbox"/> 電動輪椅<br><input type="checkbox"/> 特製輪椅 <input type="checkbox"/> 擺位系統<br><input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 站立架<br><input type="checkbox"/> 其他_____。<br><b>(本類務必檢附第2頁照片)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 溝通類<br><input type="checkbox"/> 無語音輸出之圖卡或設備<br><input type="checkbox"/> 低階固定版面型語音溝通器<br><input type="checkbox"/> 高階固定版面型語音溝通器<br><input type="checkbox"/> 具掃描功能語音溝通器<br><input type="checkbox"/> 動態版面型語音溝通器<br><input type="checkbox"/> 溝通輔助器材支架<br><input type="checkbox"/> 其他_____。 | <input type="checkbox"/> 視覺類<br><input type="checkbox"/> 桌上型遠近擴視機<br><input type="checkbox"/> 攜帶型遠近擴視機<br><input type="checkbox"/> 點字機<br><input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器<br><input type="checkbox"/> 視障用擴視軟體<br><input type="checkbox"/> 包覆式濾光眼鏡 | <input type="checkbox"/> 閱讀與書寫類<br><input type="checkbox"/> 特殊滑鼠<br><input type="checkbox"/> 特殊鍵盤<br><input type="checkbox"/> 嘴控滑鼠<br><input type="checkbox"/> 其他類<br>名稱1. _____。<br>名稱2. _____。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 學習環境現況與輔具需求說明 (請熟悉學生學習狀況人員填寫)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 填寫人_____，與個案關係_____。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 申請表後請務必附上 <b>特教通報網學生基本資料頁</b> ，未入學新生請檢附 <b>鑑定安置結果通知聯</b> 。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
| 申請<br>同意<br>簽名<br>/章                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 申請人簽章<br>(家長或監護人)                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                    | 科室主任                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 學校承辦人<br>(職章)<br>聯絡電話<br>電子信箱(收報告)                                                                                                                                                                                                                                                                             | _____分機<br>_____@                                                                                                                                                                                                                                  | 機關(構)首長                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    | 申請日期                                                                                                                                                                                             | _____年_____月_____日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                  |

- 【註】 1. 申請定點評估者，將安排於「申請日次月週六」進行評估，無法配合請勿提出。務必依公告時間到場，臨時有事不克前往者，需於評估前2日致電本市身心障礙特殊教育資源中心(04-25295921)，遲到者順延2位評估，當天未到期者視同放棄評估。
2. 申請到校評估者，學生如請假或更換時間，請提前致電臺中市北區輔具資源中心(04-25314200)、臺中市南區輔具資源中心(04-2471-3589)、臺中市海線輔具資源中心(04-2662-7152)洽評估人員。

編號

申請評估 **行動移位與擺位類** 請檢附【學生現況照片】 以利評估人員準備評估工具及試車。

|                                    |                               |
|------------------------------------|-------------------------------|
| <p>一般學習現況 1</p>                    | <p>一般學習現況 2</p>               |
| <p>已申請（無則免）之<b>社會局輔具</b>使用情形 1</p> | <p>已申請之<b>社會局輔具</b>使用情形 2</p> |
| <p>已借有（無則免）之<b>教育輔具</b>使用現況 1</p>  | <p>已借有之<b>教育輔具</b>使用現況 2</p>  |