

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

請務必附上**特教通報網學生基本資料頁**，其他學生資料悉依各校通報系統資料為準

學 校	區_____特通 ID_____	評 估 方 式 (擇 一)	<input type="checkbox"/> 定點評估	<input type="checkbox"/> 依住址由中心安排 <input type="checkbox"/> 指定_____區輔具中心	
學生姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		↓限評估 桌上型擴視機、包覆式濾光眼鏡者	<input type="checkbox"/> 到校評估	必填寫可以到校評估的時段 (需使用教室有 2 節空堂的時間) 星期____ 上午、下午
就學年級	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:_____、_____				
聯絡電話	(H): _____主要聯絡人 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> _____前勾選者手機: _____				
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 輔具項目)

<input type="checkbox"/> 行動移位與擺位類 <input type="checkbox"/> 擺位椅 <input type="checkbox"/> 移位板 <input type="checkbox"/> 升降桌 <input type="checkbox"/> 輪椅配件 <input type="checkbox"/> 電動輪椅 <input type="checkbox"/> 特製輪椅 <input type="checkbox"/> 擺位系統 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 其他_____	<input type="checkbox"/> 溝通類 <input type="checkbox"/> 圖卡兌換溝通系統 <input type="checkbox"/> 多層次語音溝通板 <input type="checkbox"/> 具掃描功能溝通板 <input type="checkbox"/> 語音溝通筆 <input type="checkbox"/> 語音溝通軟體 <input type="checkbox"/> 其 <input type="checkbox"/> 他_____	<input type="checkbox"/> 視覺類 <input type="checkbox"/> 桌上型遠近擴視機 <input type="checkbox"/> 攜帶型遠近擴視機 <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 點字觸摸顯示器 <input type="checkbox"/> 視障用擴視軟體 <input type="checkbox"/> 包覆式濾光眼鏡 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 特製眼鏡	<input type="checkbox"/> 閱讀與書寫類 <input type="checkbox"/> 特殊滑鼠 <input type="checkbox"/> 特殊鍵盤 <input type="checkbox"/> 嘴控滑鼠 <input type="checkbox"/> 其他類 名稱 1. _____ 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 同意 簽名 /章	申請人簽章 (家長或監護人)		科室主任	
	學校承辦人 (職章) 聯絡電話 電子信箱(收報告)	_____分機 _____@	機關(構)首長	
			申請日期	_____年____月____日

【註】 1. 請申請定點評估者，務必依公告時間到場，有事不克前往者，需於評估前 2 日致電本市山線特殊教育資源中心(電話 04-25295921)，遲到者順延 2 位評估，當天未到者視同放棄評估。
 2. 請申請到校評估者，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(04-2471-3535 轉 1177)、臺中市海線輔具資源中心(04-2662-7152)洽評估人員。

編號