

國內貧童認養轉介單

轉介單位：_____ 單位聯絡人：_____

聯絡電話：_____ 電子信箱：_____ 傳真電話：_____

一、個案基本資料與問題主述

| | | | | | |
|-------------------|---|----------------|--|------|------------|
| 個案姓名 | | 性別 | | 生日 | |
| 居住地址 | | | | | |
| 就讀學校 | | 年級/班級 | | 族群 | |
| 主要照顧者姓名 | | 主要照顧者 與個案關係 | | 連絡電話 | 家用： 手機： |
| 障礙類別 | <input type="checkbox"/> 一般/正常 <input type="checkbox"/> 發展遲緩 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊 (障別/程度) <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 | | | | |
| 家庭狀況 (可複選) | <input type="checkbox"/> 低收/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 清寒/經濟弱勢 <input type="checkbox"/> 單親家庭 <input type="checkbox"/> 父母雙亡或一方死亡 <input type="checkbox"/> 父母雙方安在，而雙方或一方失能致無工作收入 (1) 領有身心障礙手冊、精神疾病或藥酒癮 (2) 罹患嚴重傷病，必須接受三個月以上治療或療養 (3) 入獄服刑或刑期出獄未滿一年 <input type="checkbox"/> 父母離異或棄家、未婚生子、分居未負擔家計 <input type="checkbox"/> 子女人數四人以上 <input type="checkbox"/> 隔代教養、親屬代撫養 <input type="checkbox"/> 特殊狀況 (非上述條件仍但有需要，請做說明) _____ | | | | |
| 家庭主要困境 (請概述說明) | | | | | |
| 家庭社會資源 | <input type="checkbox"/> 低收入戶 第___款/每月___元 <input type="checkbox"/> 身心障礙補助 每月___元 <input type="checkbox"/> 民間單位補助，單位：_____ 每月補助___元 <input type="checkbox"/> 其他補助：_____元 | | | | |
| 其他說明 | | | | | |

二、家庭資料

| 主要照顧者 (V) | 稱謂 | 姓名 | 出生年/月/日 | 職業 (學校) | 學歷 | 月平均工作所得 | 健康狀況 | 其他特殊情形 (身障、疾病、婚姻等) |
|-----------|----|----|---------|---------|----|---------|------|--------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |