

澎湖縣家庭照顧者支持服務中心

身心障礙學生 107 年課後照顧服務招生簡章

澎湖縣家庭照顧者支持服務中心秉持著『愛、溫暖、陪伴』的服務精神，考量家長於學生放學後仍有身障學生托顧需求，因此提供生活照顧服務，並設計豐富且多元的活動，增進學童認知、生活自理能力、人際互動等社會適應能力，並使其家長能安心就業，減輕身心障礙者學生家長之照顧壓力。

壹、主辦單位：澎湖縣政府社會處。

貳、實施日期：自 107 年 08 月 30 日至 108 年 01 月 20 日止。

參、活動時間：周一至週五中午 12：30 至 17：45。

肆、服務地點：澎湖縣家庭照顧者支持服務中心

(澎湖縣馬公市同和路 33 號-身心障礙福利服務中心 B1 右側)

電話：(06)926-6018 傳真：(06)927-0921

伍、招收對象：

*設籍本縣且就讀本縣高中職、國中、國小特教班。

*設籍本縣且就讀普通班但有生活自理困難或嚴重情緒行為問題之持有身心障礙證明學生。

*其他經社工訪視確實有照顧需求者。

*家長須能自行負擔身心障礙學生交通接送者。

陸、招生名額：共 18 名，採先報名先錄取。

柒、報名時間：即日起至額滿為止，請將報名表傳真或紙本遞送本中心。

捌、收費標準：

*本計畫係為免收照顧服務費(本計畫由澎湖縣政府、公益彩券回饋金補助辦理)。

*其他個人所需物品如尿片、濕紙巾、衛生紙等，請家長依需求自行準備。

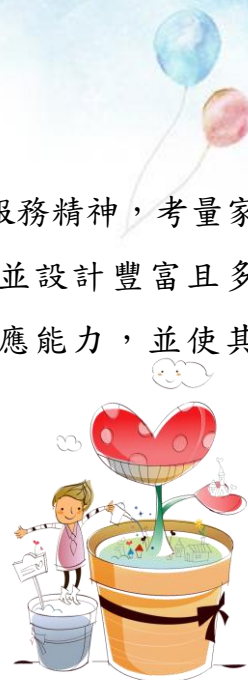
玖、專班規範事項：

*本中心目前尚未能提供交通車接送服務，學生請於規定時間(每日 17:45)前接回，逾時 15 分鐘以上達三次者，本中心即暫停服務。

*參加本服務之學生家長，須確實填寫『報名表』、『家長同意書』及『學生生活照顧注意事項表』(舊生免填學生生活照顧注意事項表)以提供本中心服務參考。

*參加本服務之學生中途退出，須敘明理由由其家長提出書面申請。

*請家長報名時勾填送托時間，如臨時送托或請假請事前告知。



澎湖縣家庭照顧者支持服務中心
身心障礙學生 107 年生活照顧服務報名表

學生姓名		身分證字號		出生日期	年 月 日
就讀學校				就讀班級	年 班
連絡電話	住家：	父親：	母親：		
學生身心障礙類別				障礙等級	<input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度
戶籍地址					
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 另列如後：				

家長同意書

茲同意本人子女_____參加 貴中心 107 年生活照顧服務(107/8/30 起~108/1/20 止)，並願意配合生活照顧服務規範事項，以免因個人情形、或未詳實告知健康特殊狀況等因素，而導致不必要的意外事件。

※生活照顧服務規範事項

- 1.本中心目前尚未能提供交通車接送服務，學生請於規定時間(每日 17:45)前接回，逾時 15 分鐘以上達三次者，本中心即暫停服務。
- 2.參加本服務之新生家長，須確實填寫『學生生活照顧注意事項表』以提供本中心服務參考。
- 3.參加本服務之學生中途退出，須敘明理由由其家長提出書面申請。
- 4.請家長報名時勾填送托時間，如臨時送托或請假請事前告知。
- 5.學生罹患感冒等傳染病時，請讓學生在家休養，直至症狀解除後始返中心上課。不方便請假養病者，在體力許可下至中心時，請戴上口罩，以免傳染他人。
- 6.本中心場地依規定投保第三人公共意外責任險。
- 7.報名本服務，即同意本中心使用學生之肖像權。

家長/監護人簽名：

身分證號：

日 期： 年 月 日

送托時間 (請家長勾選送托日，並填寫時間)

	星期	送托時間	備註
<input type="checkbox"/>	週一		
<input type="checkbox"/>	週二		
<input type="checkbox"/>	週三		
<input type="checkbox"/>	週四		
<input type="checkbox"/>	週五		

其他備註事項：

*報名表請傳真或紙本遞送本中心-洪安琪社工員*電話:(06)926-6018 傳真(06)927-0921

*中心地址:澎湖縣馬公市同和路 33 樓(身心障礙者福利服務中心 B1 右側)

澎湖縣家庭照顧者支持服務中心
身心障礙學生 107 年生活照顧服務注意事項表

舊生(免填) 新生

學 生 姓 名		出生年月日	年 月 日
學生身心障礙 類 別		障礙等級	<input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度
緊 急 聯 絡 人	第一位姓名： 關係： 電話：		
	第二位姓名： 關係： 電話：		
身 理 功 能 生 活 自 理	(孩子肢體活動有困難嗎?孩子聽覺、視覺、觸覺等感官能力如何? 有使用那些輔具嗎?用餐或如廁時需要哪些協助?其他.....)		
社 會 互 動 情 緒 反 應	(孩子都如何表達自己的需要?口語表達情形?與他人互動顯得容易嗎?高興或不開心的時候怎麼表現?專注程度如何?堅持程度如何?其他.....)		
用 藥 情 形	(孩子有固定服藥的需要嗎?給藥的時間、劑量、用藥方式?)		
特 別 注 意 事 項	(孩子有哪些特殊情況需要本專班人員注意?或是孩子有特別的偏好或厭惡?其他.....)		
家 長 期 待	(為什麼願意期待接受本中心服務?或希望本中心能為孩子服務那些事項?其他.....)		
家長或監護人簽名：		年	月 日