

106 年視覺障礙者跨齡整體重建服務計畫—

視覺障礙學生擔任工讀及見、實習工作相關支持服務申請書

申請日期：____年__月__日

第一部分：工作場所簡介

機關(構)名		聯繫人	email：		
部門		電話		分機號碼	
公司地址					
工作項目	<input type="checkbox"/> 志工 <input type="checkbox"/> 工讀 <input type="checkbox"/> 見實習				

工作基本能力要求

語言	a. 語言： <input type="checkbox"/> 中文 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 其他： a-1: 中文 <input type="checkbox"/> 精通 <input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 普通 a-2: 台語 <input type="checkbox"/> 精通 <input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 普通 a-3: 客語 <input type="checkbox"/> 精通 <input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 普通 a-4: 其他：_____ <input type="checkbox"/> 精通 <input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 普通 b 外語： <input type="checkbox"/> 英語 <input type="checkbox"/> 其他： b-1: 英語 <input type="checkbox"/> 精通 <input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 普通 b-1-1: <input type="checkbox"/> 有參加英語檢定考試 <input type="checkbox"/> 沒有參加英語檢定考試 b-2: <input type="checkbox"/> 其他：_____ <input type="checkbox"/> 精通 <input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 普通
電腦技能	Office 軟體 (<input type="checkbox"/> Word <input type="checkbox"/> Excel <input type="checkbox"/> Outlook <input type="checkbox"/> PowerPoint) <input type="checkbox"/> Gmail
鍵盤輸入	中打 (<input type="checkbox"/> 注音 <input type="checkbox"/> 倉頡 <input type="checkbox"/> 嘸蝦米)，每分鐘大約_____個字。 <input type="checkbox"/> 不要求。 英打，每分鐘大約_____個字。 <input type="checkbox"/> 不要求。
工作時間	

申請機構：

主管簽或蓋章

第二部分:視覺障礙工作者現況

基本資料

姓名		學校全名		科系/年級	
電話		手機號碼		email	
居住地址					
緊急聯繫人姓名		關係		電話	
障礙手冊/證明	障礙類別： <input type="checkbox"/> 視覺障礙 程度：___ 度，ICF 編碼： <input type="checkbox"/> 其他障礙：_____ 程度：___ 度，ICF 編碼：				
醫學診斷/障礙現況描述	病名：_____ (請填寫與障礙有關的醫學診斷、疾病名稱如：視網膜病變、視神經、青光眼...) <input type="checkbox"/> 不清楚				
致障時間/致障原因	<input type="checkbox"/> 先天，請說明原因：_____ (如早產...) <input type="checkbox"/> 後天，時間：_____ 年 _____ 月，請說明原因：_____ (如車禍意外...) <input type="checkbox"/> 不清楚				
醫療情形	<input type="checkbox"/> 目前沒有接受醫療服務 <input type="checkbox"/> 眼睛曾開過刀，幾歲： <input type="checkbox"/> 目前有固定用藥(作用：_____) <input type="checkbox"/> 目前有定期門診(頻率：_____；醫院：_____) <input type="checkbox"/> 目前有定期復健(頻率：_____；醫院：_____) <input type="checkbox"/> 不清楚				

視覺障礙者生活獨立程度 (請真實填寫)

校園生活獨立程度	1、生活自理，請依獨立程度號碼填入方格(1. 完全獨立；2. 部分獨立；3. 無法獨立)： <input type="checkbox"/> 個人衛生、 <input type="checkbox"/> 儀容整潔、 <input type="checkbox"/> 飲食 2、行動獨立，請依獨立程度號碼填入方格(1. 完全獨立；2. 部分獨立；3. 無法獨立)：
----------	---

- 走去倒水 走去如廁 走到目的教室 走到目的辦公室
- 相關教室走到校門口 其它：_____)
3. 具有校園心理地圖(能用方位方式正確描述如何到達)： 是 否
4. 目前使用行動輔具： 無 白手杖 輪椅 其它：_____
5. 目前在校主要協助者： 無 助理員(1 週/___節) 志工(1 週/___節)
- 同學 其他_____

視覺障礙者閱讀書寫方式狀況

閱讀及書寫

1. 目前讀寫方式及速度〈可複選〉
- a. 閱讀文字方式： (放大/一般)國字 點字 語音報讀軟體 人工報讀
- 其他_____
- a-1. 閱讀速度： 落後一般同學 跟一般同學一致
- b. 書寫文字方式： 紙筆 點字
- b-1. 書寫速度： 落後一般同學 跟一般同學一致
- c. 電腦鍵盤文字輸入法： 點字 注音 倉頡 嘸蝦米 其他：
- c-1. 輸入速度： 落後一般同學 跟一般同學一致
- d. 本國語言： 中文 台語 客語 其他：
- d-1: 中文 精通 流利 普通
- d-2: 台語 精通 流利 普通
- d-3: 客語 精通 流利 普通
- d-4: 其他:_____ 精通 流利 普通
- e. 外國語言： 英語 其他：
- e-1: 英語 精通 流利 普通

	<p>e-1-1: <input type="checkbox"/> 有參加英語檢定考試 <input type="checkbox"/> 沒有參加英語檢定考試</p> <p>e-2: <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 精通 <input type="checkbox"/> 流利 <input type="checkbox"/> 普通</p> <p>2. 目前使用工(輔)具: <input type="checkbox"/> 點字機 <input type="checkbox"/> 電腦 <input type="checkbox"/> 觸摸顯示器 <input type="checkbox"/> 擴視軟體:</p> <p><input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機型式(<input type="checkbox"/> 攜帶型、<input type="checkbox"/> 桌上型)</p> <p><input type="checkbox"/> 語音報讀軟體 <input type="checkbox"/> 導盲鼠、<input type="checkbox"/> NVDA、<input type="checkbox"/> JAWS</p> <p><input type="checkbox"/> 錄音機 (mp3) <input type="checkbox"/> 聽書機 <input type="checkbox"/> 其他:</p> <p>3. 目前可獨立使用通訊工具: <input type="checkbox"/> 家用電話 <input type="checkbox"/> 按鍵式手機 <input type="checkbox"/> 智慧型手機</p> <p><input type="checkbox"/> 其他 _____</p>
工作項目	<input type="checkbox"/> 志工 <input type="checkbox"/> 工讀 <input type="checkbox"/> 見實習

*本表請 E-MAIL: lugrace.oam@gmail.com

或 FAX: 02-2585-7559, 並來電 02-2585-7528 #210 盧培玄老師確認。

申請人簽名或蓋章: _____

申請日期: 年 月 日