

財團法人吉祥臻社會福利事業基金會

【個案轉介單】

請轉介單位資料		
轉介人員：	(請註明職稱)	轉介日期： 年 月 日
單位全銜：	聯絡電話： 傳真：	
個案資料		
個案姓名：	性別： ☐ 男 ☐ 女	年齡：
就讀學校：	班級： 年 班	聯絡電話
主要照顧者(姓名)：	與個案關係：	住家： 手機：
聯絡地址：		
家庭概況(可複選)		
☐ 隔代教養(主要照顧者：_____) ☐ 寄親教養(主要照顧者：_____) ☐ 單親 父親/母親 ☐ 身心障礙者家庭 ☐ 受刑人家庭 ☐ 經濟陷困 ☐ 兒少保護		
案父親現況		案母親現況
☐ 死亡 ☐ 離/未婚失聯 ☐ 離家失聯 ☐ 受刑人(預計出所時間：_____) ☐ 其他：_____	☐ 死亡 ☐ 離/未婚失聯 ☐ 離家失聯 ☐ 受刑人(預計出所時間：_____) ☐ 其他：_____	
家庭收支狀況		
每月收入：_____；每月支出：_____， ☐ 收入>支出，說明：_____。 ☐ 收入<支出，說明：_____。 ☐ 收入=支出，說明：_____。		
■ 案家 家系圖&生態圖 ■ 案家概況描述(包含成員概況、工作狀態、經濟狀況、家庭關係、社會支持網絡等)		
服務需求		
☐ 照顧補助費用：1. 學費 ○兒少註冊費 ○兒少學費/學雜費 ○營養午餐費 ○其他： 2. 生活照顧津貼 ○課後照顧補助○課後交通費補助○學習用品補助 ○生活用品補助○餐食費補助 ○其他： 3. 教育補助 ○課業輔導費用補助○技職能課程補助○證照/檢定費用補助		

☐活動/課程資源：☐營隊活動 ☐成長性休閒活動 ☐心靈關懷 ☐團體輔導

☐諮商/輔導資源：☐個別諮商 ☐心理治療 ☐家族治療 ☐其他：

☐其他補助費用申請(如:輔具費用、醫療費用補貼等)

■ 轉介期待：

填表人

單位主管

以下欄位由受轉介方填寫

收案日期

評估員

評估日期

☐開案

提供協助內容：

☐不開案

原因簡述：