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	□ 志工 □ 工讀 □ 見實習				

工作基本能力要求	
語言	a.語言: □中文 □台語 □客語 其他: a-1: 中文 □精通 □流利 □普通 a-2: 台語 □精通 □流利 □普通 a-3: 客語 □精通 □流利 □普通 a-4: 其他:_____ □精通 □流利 □普通 b 外語: □英語 □其他: b-1: 英語 □精通 □流利 □普通 b-1-1: □ 有參加英語檢定考試 □ 沒有參加英語檢定考試 b-2: □其他:_____ □精通 □流利 □普通
電腦技能	Office 軟體 (□ Word □ Excel □ Outlook □ PowerPoint) □ Gmail
鍵盤輸入	中打 (□ 注音 □ 倉頡 □ 嘸蝦米)，每分鐘大約_____個字。□ 不要求。 英打，每分鐘大約_____個字。□ 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：□視覺障礙　　程度：___ 度，ICF 編碼： □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…） □不清楚
致障時間/致障原因	□先天，請說明原因：_____（如早產…） □後天，時間：_____年_____月，請說明原因：_____(如車禍意外…) □不清楚
醫療情形	□目前沒有接受醫療服務 □眼睛曾開過刀，幾歲： □目前有固定用藥(作用：_____) □目前有定期門診(頻率：_____；醫院：_____) □目前有定期復健(頻率：_____；醫院：_____) □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)： □ 個人衛生、□ 儀容整潔、□ 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

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