**基隆市脊髓損傷者協會**

**身心障礙者自立生活支持服務計畫**

**報名表**

**請選擇下列報名類別：**

**□同儕支持員培訓(限身障者) □個人助理培訓 □個案申請表(限身障者)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性別 |  | | 餐 食 | | □葷 □素 | |
| 出 生  年 月 日 |  | | 學歷 |  | | 電話 | |  | |
| 手 機 | |  | |
| 身心障礙  手 冊 | 障礙類別 | | | | 失能等級 | | | | |
|  | | | |  | | | | |
| 保險資料 | 身分證字號 | | | | 受益人 | | 關係 | | |
|  | | | |  | |  | | |
| 聯絡地址 |  | | | | | | | | |
| E-mail |  | | | | | | | | |
| 協助 | □需要  □不需要 | 協助內容 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 備註 | 是否具有以下證照資格請打√：  □教保員 □生活服務員 □照顧服務員 □家庭托顧服務員 | | | | | | | | |
| *報名方式*   1. 電子郵件：sci.kl@msa.hinet.net 2. 傳 真：02-24620582 3. 郵 寄：基隆市中正區祥豐街177巷61號 | | | | | | | | |
| *洽詢電話* 02-24620598 | | | | | | | | |