

財團法人台中市私立張秀菊社會福利慈善事業基金會

大人模式ON-青少年生涯發展支持計畫 轉介單

【轉介單位】					
轉介單位	單位名稱				
	單位目前提供個案之服務/專案				
	轉介人/職稱		轉介日期	115年 月 日	
	電話		E-Mail		
【個案資料】					
個案姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	年齡 (實歲)	
身分證字號		生日	年 月 日		
居住地址					
電話	住家： 手機：	其他聯絡方式	☐ Line： ☐ IG： ☐ 其他：		
主要照顧者		關係：	電話：	(18 歲以下被保險人皆須提供法定代理人之出生年月日及身分證字號，請調查後填寫)	
監護人 身分證字號		監護人生日	年 月 日		
學業狀況	☐ 國中在學(☐ 穩定就學 ☐ 每週到校__天 ☐ 長期請假 ☐ 其他：__) ☐ 國中畢業未升學 ☐ 國中結業 ☐ 高中職畢業 ☐ V高中職休學 ☐ 高中職在學 ☐ 其他學歷_____ 最近就讀學校名稱：_____ 科系(年級)：_____ ☐ 日校 ☐ 夜校				
身心醫療 使用情形	☐ 不曾就醫 ☐ 曾經就醫 ☐ 仍就醫中(☐ 穩定服藥 ☐ 應服藥而未服藥 ☐ 經醫生評估，現已無需服藥) ☐ 其他(請說明)：_____				
個案狀態	是否曾參與相關生涯／就業／輔導服務 ☐ 否 ☐ 是(簡述參與內容與參與情形)：_____				
轉介目的 或 個案主要需求	☐ 生涯探索／方向釐清 ☐ 職涯開展／工作嘗試 ☐ 自我探索／自信建立 ☐ 情緒調適／壓力因應 ☐ 其他：_____ 說明：_____				

家庭狀況及 個案概況	※家系圖：
	※家庭狀況概述：
	※個案生活狀況(如：作息狀況、生活重心與重要他人的互動等)
	※個案目前使用服務的可能困境
轉介人： 單位主管：	

說明：

1. 本計畫由聯合勸募補助辦理，服務人數有限，額滿為止。
2. 報名表內資訊請盡量提供，以利後續服務評估。請以電子郵件career@tccsj.org.tw提供報名表。
3. 報名後如三天內未獲回覆請來電詢問。聯絡方式：04-24220089#33 蔣社工