

循道衛理楊震社會服務處
「畫出一片天」- 自閉症人士支援中心



服務轉介表

檔案編號：_____ (中心填寫)

申請須知：

1. 未滿 18 歲的申請者須取得家長/監護人的同意後方可申請；
2. 申請者不能同時參加由其他高功能自閉症人士支援中心提供的服務；
3. 社工會約見合資格的申請人及其家長/監護人，以了解其服務需要；
4. 「畫出一片天」-自閉症人士支援中心對於接納申請與否保留最終決定權。

申請人資料

申請人姓名：_____ 年齡：_____ (出生日期：_____) 性別：男 / 女

就讀學校/ 受訓中心名稱：_____ 職業/ 工作經驗：_____

是否確診自閉症譜系障礙：

是 (請提交診斷及智能評估報告副本) 否

智力 (IQ 分數)：_____ 評估日期：_____

聯絡電話：_____ 電郵：_____

地址：_____

家長或監護人姓名：_____ 關係：_____

聯絡電話：(手提) _____ (住宅) _____

電郵：_____

申請人曾否接受其他機構之服務

有，曾接受之服務 (可 多於一項)

輔導服務 機構名稱：_____ 何時：_____

臨床心理服務 機構名稱：_____ 何時：_____

精神科診所 機構名稱：_____ 何時：_____

教育局 機構名稱：_____ 何時：_____

社會福利署 機構名稱：_____ 何時：_____

其他 機構名稱：_____ 何時：_____

沒有

所需要申請之服務 (可✓多於一項)

<input type="checkbox"/> 職能提升及就業服務	<input type="checkbox"/> 社區共融
<input type="checkbox"/> 人際關係	<input type="checkbox"/> 個人健康
<input type="checkbox"/> 獨立生活訓練	<input type="checkbox"/> 其他: _____

個案背景資料

同意轉介

- 口頭同意
 書面同意

當轉介案主給本服務後之跟進形式

- 結束個案，並由本服務跟進
 繼續跟進

轉介人資料 [如申請人由機構轉介，請填寫此部分]

轉介者姓名：	職位：	機構單位蓋章及負責人簽署：
機構單位名稱：		
聯絡電話：		

畫出一片天—自閉症人士支援中心
聯絡電話：2748 0318

地址：九龍灣宏開道16號德福大廈14樓08及11室
傳真：2748 0016