

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自閉症人士支援中心提供的個案服務；
3. 社會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： | | |

中心專用

本中心於_____ (日期) 接獲_____ (姓名) 的轉介申請，經初步評估後作以下跟進：

成功開案，個案社工為_____。

未能成功開案，

原因： 未符合申請服務要求 申請人拒絕接受服務 未能成功聯絡 其他：_____

中心蓋章及

日期：

負責人簽署： _____

畫出一片天—自閉症人士支援中心

地址：九龍灣宏開道 16 號德福大廈 1408 及 1411 室

聯絡電話：2748 0318

傳真：2748 0016

制定：03.2020

修訂：03.2021

執行：03.2021

檢討：03.2026