

衛生福利部嘉南療養院

精神康復者社區生活支持計畫／精神病人社區居住方案 轉介單

一、誰適合轉介？

(一) 轉介單位：台南市政府衛生局、台南市各區心理衛生中心、醫療院所或精神復健機構。

(二) 服務對象：年齡 18 歲（含）以上，設籍或居住於台南市，有精神疾病重大傷病卡或第一類身心障礙手冊，且經評估確有資源連結或支持性服務需求之社區精神康復者。

二、轉介資料：

轉介單位：_____		轉介人員：_____	
轉介日期：____年____月____日		聯繫電話：() _____ 分機_____	
個案來源	1. ☐ 社區心衛中心(____區) 2. ☐ 衛生局所 3. ☐ 身障個管中心(____區) 4. ☐ 社會福利服務中心 5. ☐ 醫療院所 6. ☐ 醫事機構 7. ☐ 自行尋求服務(☐ 本人/ ☐ 家屬) 8. ☐ 其他：_____		
個案姓名	_____	出生日期	民國____年____月____日(____歲)
性別	1. ☐ 男 2. ☐ 女	身分證字號	_____
戶籍地址	_____		
居住地址	☐ 同戶籍地址 ☐ 其它：_____		
發病時間	民國____年 (約____歲)	疾病診斷	1. ☐ 思覺失調症 2. ☐ 情感性精神病 3. ☐ 其他_____
聯絡電話	日：_____	夜：_____	手機：_____
主要聯絡人	姓名：_____ 關係：_____ 電話：_____ 手機_____		
現在居住狀況	1. ☐ 自有住宅 2. ☐ 租屋(租屋契約簽約者： ☐ 案主本人 ☐ 家人 ☐ 其他) 3. ☐ 康復之家 4. ☐ 社區家園 5. ☐ 無固定住所 6. ☐ 其他：_____		
障礙類別	第_____類 (☐ 多重， ☐ 類)	障礙等級	1. ☐ 輕 2. ☐ 中 3. ☐ 重 4. ☐ 極重
補助資源	☐ 低收入戶 ☐ 身心障礙津貼 ☐ 其它_____ (補助金額：_____)		
申請需求 (可複選)	1. ☐ 自主生活指導服務—申請生活補助： 社區中（非居住於住宿式機構）有復健目標且生活困難者，可申請生活補助，經本計畫社工評估確實有需求者，每人每次補助最高上限 3,000 元生活補助費。(須同意社工居家訪視及關懷。)		

	2. ☐社區居住輔導服務—申請租屋補助 居住於台南市並有租屋補助需求者，且現未接受相關租金補貼，可依本人簽屬之房屋契約或社工師實際訪視承租之情況申請租屋補助，補助每人每月最高上限 5,000 元。(須同意社工居家訪視及關懷。) →具本人簽屬之房屋契約：☐有，請注意簽訂租約於有效承租期間。 ☐無，請敘明實際訪視日期與未簽約原因。 3.☐申請入住社區居住—居住社區中或預計離開住宿式機構，具有復健動機，獨立規劃生活者，評估可獨立生活自理，能穩定社區工作，能遵守生活公約：不喝酒、不暴力、不打擾他人安寧、不留宿他人、不性騷擾、不服用未經醫師處方之藥物及其他。 4.☐同儕支持員培訓課程- 透過培訓課程訓練精神康復者或精神康復者之家屬成為同儕支持員，獲得認證者將會依社區服務的需求，有機會安排同儕支持服務，除陪伴社區居住的精神病友外，也有機會賺取臨時工資。(培訓課程請參酌同儕支持員培訓簡章，若個案對課程感興趣但不想擔任同儕支持員，可單獨報名課程) 5.☐申請同儕支持員服務-期待有同儕支持員(精神康復者)使用電話關懷或居家訪視方式，提供陪伴聊天關懷、帶領使用社區資源、居家清潔、陪伴運動、關懷弱勢等服務，可申請此資源。(服務內容可依實際個案需求做討論) 6.☐其他(請自行填寫):_____
請簡單描述 (如轉介需求與期待、特殊交班)	
(此欄位由主辦單位填寫，轉介人員勿填)	收單日:____年____月____日，第一次聯繫轉介單位或個案:____年____月____日 評估結果：☐開案 ☐不開案原因：_____ 建議：_____