

桃園市腦性麻痺協會

個人會員申請表

會員編號：

申請日期： 年 月 日

姓名 (成年人為主)	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國 年 月 日
身分證字號			
聯絡方式	公：()	宅：()	手機：
戶籍地址	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓之		
通訊地址 <input type="checkbox"/> 同上	縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓之		
電子郵件信箱			
教育程度	<input type="checkbox"/> 國中以下 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所(含以上)		學校/科/系/所
職業別	任職單位	職稱	
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		
配偶姓名	任職單位	職稱	

家中有腦性麻痺患者請填下表

腦麻者姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國 年 月 日
身分證字號/身心障礙手冊字號		與會員關係	
障礙類別	新制	第_____類/編碼_____	相關障礙 <input type="checkbox"/> 癱瘓 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 聽障 <input type="checkbox"/> 語障 <input type="checkbox"/> 視障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 學障 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	舊制	<input type="checkbox"/> 多重障礙 <input type="checkbox"/> 肢障 <input type="checkbox"/> 智障 <input type="checkbox"/> 其他 _____ (以身心障礙手冊之資料為主)	障礙等級 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
腦麻成因	<input type="checkbox"/> 早產 <input type="checkbox"/> 缺氧 <input type="checkbox"/> 黃疸 <input type="checkbox"/> 發燒 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____		
目前使用服務狀態(生涯現況)	① <input type="checkbox"/> 在家照顧 ② <input type="checkbox"/> 就讀學校/幼兒園：_____ <input type="checkbox"/> 普通班 <input type="checkbox"/> 特教班 <input type="checkbox"/> 資源班 ③ <input type="checkbox"/> 就業，類型： <input type="checkbox"/> 一般性 <input type="checkbox"/> 支持性 <input type="checkbox"/> 庇護性 工作地點：_____ 工作型態/類別： <input type="checkbox"/> 烘焙 <input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 園藝 <input type="checkbox"/> 其他_____ ④ <input type="checkbox"/> 機構，類型： <input type="checkbox"/> 日托 <input type="checkbox"/> 社區居住 <input type="checkbox"/> 社區家園 <input type="checkbox"/> 其他_____		
目前復健狀況	① <input type="checkbox"/> 從未復健，原因_____； <input type="checkbox"/> 曾經做過復健已停止，原因_____ ② <input type="checkbox"/> 在_____醫院(診所)復健，項目： <input type="checkbox"/> 職能治療 <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 語言治療 <input type="checkbox"/> 其他：_____ ③ <input type="checkbox"/> 有接受過民俗療法： <input type="checkbox"/> 已停止，原因_____ <input type="checkbox"/> 持續進行中，_____醫院，項目： <input type="checkbox"/> 針灸 <input type="checkbox"/> 推拿 <input type="checkbox"/> 整脊 <input type="checkbox"/> 其他：_____		

1. 新入會者請繳交入會費 1,000 元，年費 500 元。
2. 家中有腦性麻痺患者之家長加入一般會員，僅需繳交新台幣 500 元入會費及 500 元年費。
3. 會員資料若有變更，請主動告知協會。
4. 加入會員後，若要退出，上項費用不予退回。