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 | | | □ 男  □ 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  □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 | □國中以下 □高中職 □大專 □大學 □研究所（含以上） | | | | | | | 學校/科/系/所 | | | |  |
| 職業別 |  | | 任職單位 | | |  | | | | 職稱 | |  |
| 婚姻狀況 | □未婚 □已婚 □離婚 □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 | * 男 □ 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 | □癲癇□肢障□聽障□語障□視障□智障□學障□其他：＿＿＿＿＿\_\_ |
| 舊制 | □多重障礙 □肢障□智障□其他\_\_\_\_\_\_\_\_（以身心障礙手冊之資料為主） | | | | 障礙等級 | □輕度 □中度 □重度 □極重度 |
| 重大傷病卡 | □是 □否 |
| 腦麻成因 | □早產 □缺氧 □黃疸 □發燒 □其他原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿\_\_＿＿＿＿ | | | | | | |
| 目前使用服務狀態(生涯現況) | ①□在家照顧  ②□就讀學校/幼兒園：＿＿＿＿ \_\_\_\_\_\_\_ □普通班 □特教班 □資源班  ③□就業，類型：□一般性 □支持性 □庇護性  工作地點：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 工作型態/類別：□烘培 □清潔 □園藝 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ④□機構，類型：□日托 □社區居住 □社區家園 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| 目前復健狀況 | ①□從未復健，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_；□曾經做過復健已停止，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ②□在＿＿＿＿ 醫院（診所）復健，項目：□職能治療 □物理治療 □語言治療  　□其他：＿＿＿＿＿ ＿＿ ＿＿ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ③□有接受過民俗療法：□已停止，原因\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □持續進行中，\_\_\_\_\_\_\_\_醫院，項目：□針灸 □推拿 □整脊 □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元常年費。
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。