

個案申請表

花蓮服務處

地址：花蓮市中山路 627 巷 1 號

電話：(03)8235-472

傳真：(03)8330-162

Email：iwan.t@orphan.org.tw

基
本
資
料
申
請
人

姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女	生 日	年 月 日	
就讀學校		年 級		科 系		
失親情況	☐ 父歿 ☐ 母歿 ☐ 父母雙亡			現主要照顧者姓名：		關係：
現居地址					電話	
					手機	
案主狀況 (請勾選)	1.學習表現： ☐ 正常 ☐ 成績落後 ☐ 作業遲(未)交 ☐ 經常請假 ☐ 學習障礙 2.身心表現： ☐ 正常 ☐ 情緒問題 ☐ 偏差行為 ☐ 身心障礙手冊(類別：_____等級_____) 3.成長現況： ☐ 正常 ☐ 營養不良 ☐ 過度肥胖 ☐ 三餐不正常 4.關係現況： ☐ 正常 ☐ 親子關係緊張 ☐ 同學(友伴)關係疏離					
申請單位	☐ 教育 ☐ 社政 ☐ 醫院 ☐ 衛政 ☐ 警政 ☐ 防治中心 ☐ 民政 ☐ 無 ☐ 其他_____					
申請人員	☐ 教職人員 ☐ 社工人員 ☐ 醫事人員 ☐ 村里幹事 ☐ 親屬朋友 ☐ 其他_____					
單位名稱					受理單位是否需回覆申請單位	是 ☐ 否 ☐
姓 名		職稱 (或關係)			電話	
申請時間	年 月 日					

審核結果：☐同意開案 ☐不開案，說明：_____

簽 核：主任/副主任/督導：_____ 主責社工：_____



失親兒基金會花蓮服務處

FB 社團 QRCode