



新北市康復之友協會

# 康復者工作訓練 獎勵計畫



本計畫為激勵康復者訓練動機以利銜接正式就業

## 服務內容：

- 1.協助康復者進行工作能力評估，並擬訂個別訓練計畫。
- 2.提供康復者就業前能力訓練及執行頻率至少每週三日。
- 3.訓練場所-板橋區(本會辦公室或社工部)
- 4.依照訓練計畫及規則核發**訓練獎勵金**！

\*每名康復者使用本服務至多連續5個月即結案，  
結案前與康復者討論後續就業服務轉銜。

## 服務對象

- 1.精神康復者(領有身障證明或重大傷病卡)  
或有精神科醫師診斷精神疾病者。
- 2.具明確目標的就業前準備計畫者。
- 3.同意參與本獎勵計畫並簽署同意書者。



## 申請方式

本人自行申請  
或經本人同意後由專業人員代為申請。  
聯絡電話：8201-4930 陳永賢主任

免費

指導單位：新北市政府衛生局

主辦單位：新北市康復之友協會

# 新北市康復之友協會工作訓練獎勵計畫

## 轉介單

姓 名		出生日期	年 月 日	身分證字號	
障礙類別	<input type="checkbox"/> 1.領有身心障礙證明之精神康復者， 障礙等級 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 2.無證明但領有重病卡之精神康復者 <input type="checkbox"/> 3.無證明無重病卡但持有醫師診斷書之精神康復者			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
居住地址				電話	
家屬或聯絡人		與案主關係		電話	
個案 現狀	一、 個人狀況(建議說明疾病、用藥、看診醫院、個性、生活狀況、作息等等)  二、 家庭狀況(若可以請說明案主與家人互動狀況，家人對案主就業的態度等等)  三、 經濟狀況：(若可以請說明是否為中低收、低收、負債、案主是否需負擔家計等等)  四、 就業史：(若可以，請說明曾做過工作內容，離職原因)				
家系/ 生態圖	請至少有家人年齡、職業、居住狀況。				
轉介 目的					

### 轉介單位資料

轉介日期	年 月 日	單位名稱	
填表人	聯絡電話	主管核章	

請將轉介單 mail 到北縣康就輔部信箱：[ec@ntcami.org.tw](mailto:ec@ntcami.org.tw)

如有疑問，可再洽詢就輔部，電話：(02)8201-4930(上班時間：周一至周五 8:30-17:30)