



新北市康復之友協會 社工部服務介紹

∞ 同伴陪伴 同伴一起學習成長 x 家屬支持 家屬一起走下去 ∞

家屬

個別化討論服務

- ★ 由社工到宅/電話提供家屬個別服務
- ★ 疾病衛教.資源分享.照顧因應.情緒支持
- ★ 高照顧負荷者心理諮商(精障者須領證)

→ 經本人同意後
可由資源單位轉介

家庭支持活動

- ★ 家連家精神健康教育課程
- ★ 自我健康管理.溝通工作坊
- ★ 專題講座
- ★ 經驗交流聚會

家屬同儕支持服務

自己人幫助自己人，照顧不孤單

- ★ 駐點服務-照顧困擾討論
- ★ 到宅關懷-經驗分享.自我照顧
- ★ 電話關心-陪伴聊天

由家屬同儕提供服務
家屬彼此交流支持

- 家屬本人主動預約
- 經本人同意後資源單位轉介

精障家庭關懷專線

♥ 2252-3399

服務時間:

週一至週五 9:00-12:00

13:00-17:00

週三夜間 18:00-20:00

- ★ 提供福利資源.照顧困擾討論.情緒支持等諮詢服務

★ 志工主動電話問安.關懷

法扶免費駐點服務-社工部

新北市板橋區莒光路39巷10號2樓

相關服務聯絡電話:
2257-8822

新都市康復之友協會
精障家庭關懷服務 轉介單

壹、基本資料

一、照顧者（家屬）基本資料					
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日
身份 (為被照顧者的誰)	<input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 姐/妹 <input type="checkbox"/> 兄/弟 <input type="checkbox"/> 其他_____			語言	<input type="checkbox"/> 台 <input type="checkbox"/> 國 <input type="checkbox"/> 客 <input type="checkbox"/> 其他_____
聯絡電話		居住地址			
二、精障者 基本資料					
姓名		身分證字號		生日	年 月 日
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	就診醫院		身障證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 障礙程度
診斷別	<input type="checkbox"/> 思覺失調症 <input type="checkbox"/> 躁鬱症 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 器質性 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 不詳				
聯絡電話		居住地址			

貳、轉介資訊

照顧者高關懷需求評估指標
<p>照顧者是否為了照顧家中的精障者，而出現以下狀況：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/>常感到憂鬱、焦慮或精神緊繃。 2. <input type="checkbox"/>常感到身體疲累、體力不支難以負荷。 3. <input type="checkbox"/>大部分時間需獨自照顧生病的家人，沒有其他人可支援。 4. <input type="checkbox"/>睡眠受到明顯干擾（如失眠、夜間為了照顧家人無法好好睡覺）。 5. <input type="checkbox"/>家中經濟困難。 <p>以上描述若勾選達3題以上(含3題)，即可轉介高關懷服務；若為3題以下，但合併有下列其中一項狀況，亦可轉介：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/>照顧者本身罹患重大疾病，或同為身心障礙者。 2. <input type="checkbox"/>照顧者已超過70歲。 3. <input type="checkbox"/>照顧者沒有接觸什麼社會資源，且對資源陌生。 4. <input type="checkbox"/>家中出現重大變故，影響照顧者身心負荷。 5. <input type="checkbox"/>生病家人狀況不穩定，照顧者對此感到煩惱或不知所措。 6. <input type="checkbox"/>照顧者除需照顧精障者外，還需照顧其他家人。 <p><input type="checkbox"/>照顧者無上述情況。</p> <p>照顧者是否有家暴情事或自殺意念？ <input type="checkbox"/>有家暴情事(<input type="checkbox"/>施暴者 <input type="checkbox"/>受暴者) <input type="checkbox"/>有自殺意念 <input type="checkbox"/>皆無</p> <p>照顧者接受服務之意願？ <input type="checkbox"/>願意 <input type="checkbox"/>不願意 <input type="checkbox"/>尚未與照顧者確認意願</p> <p>精障者者接受服務之意願？ <input type="checkbox"/>願意 <input type="checkbox"/>不願意 <input type="checkbox"/>尚未與精障者確認意願</p>

轉介說明(如案家概況或照顧問題等資訊)

--

家系生態圖

--

服務需求

1. <input type="checkbox"/> 照顧者高關懷服務	4. <input type="checkbox"/> 關懷專線志工關懷	7. <input type="checkbox"/> 照顧者互助聚會
2. <input type="checkbox"/> 照顧者心理諮商	5. <input type="checkbox"/> 照顧者同儕關懷或經驗交流	8. <input type="checkbox"/> 精障者互助聚會
3. <input type="checkbox"/> 精神疾病資源諮詢與媒合	6. <input type="checkbox"/> 精障者同儕關懷或經驗交流	9. <input type="checkbox"/> 其他:

轉介目的/服務期待

--

參、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 到北縣康社工部信箱：sw@ntcami.org.tw

如有疑問，可再洽詢社工部，電話：(02)2257-8822 (社工部上班時間：周一至周五 8:30-17:30)