**附件2**

**臺中市身心障礙學生教育輔助器材申請資料檢核表 【**視覺輔助器材**】**

(**※本表請裝訂於學生申請資料第1頁**)

**申請梯次： 學年度 月 填寫日期： 年 月 日**

學校名稱： 學生姓名：

□鑑定安置同步申請中

**【輔助器材申請項目及應檢附資料一覽表】**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 類別 | 申請項目 | 是否檢附評估表 |
| **視覺輔助器材** | 點字機 | * 需檢附 輔具評估報告書正本 |
| 擴視機 |
| 放大鏡 |
| 點字觸摸顯示器 |
| 視障用視訊放大軟體(擴視軟體) |
| 包覆式濾光眼鏡 |
| 收錄音機數位型-具電子書朗讀功能 | * 不需輔具評估報告書   請特教教師或熟悉該生情況之教師於教學計畫中敘明學生能力及需求原因 |
| 點字版 |
| 盲用算盤 |

|  |
| --- |
| **申請視覺輔助器材**  應檢附資料　(請依序排列，並自行檢核**備妥打勾**) |
| □輔具器材申請表(附件2-1)  □輔助器材教學計畫(附件2-2)  □特教通報網學生資料(請列印特通網學生個資頁，新安置學生可用鑑定通知聯替代)  □輔具評估報告書正本(三個月內有效，□由特教中心安排評估者免附)  □輔助器材詳細規格表之估價單(廠商可查「輔具資源網」)  □完成特教通報網-輔具系統提報(不用印出)  □非輔具申請期間(搭鑑定申請送件)不用提報特通網 |

**◎檢核該生申請資料皆已齊備 特教承辦人簽章：**

**附件2-1【輔助器材申請表】 填寫日期： 年 月 日**

**臺中市身心障礙學生教育輔助器材申請表【視覺輔助器材】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學生姓名 |  | | | | 學校  行政區 | |  | | 學校名稱 |  | |
| 承辦人 | 職稱：  姓名： | | | | | | 學校電話 | | 電話： 分機： | | |
| 巡輔教師  (無則免填） | 姓名： 手機： | | | | | | | | □是，轉銜階段學生。  (已報到) 8月後入學。 | | |
| 家長電話 | 住家： 手機： | | | | | | | |
| **其他學生資料悉依各校通報系統資料為準** | | | | | | | | | | | |
| 專團服務 | □目前已接受( )專業團隊服務 □未接受 | | | | | | | | | | |
| 社會局  輔助器材 | □是(輔具名稱：　　　　　　 　　申請時間：　 年　 月)  □否 | | | | | | | | | | |
| 目前借用教育輔助器材 | □無 | | □有 | 輔具名稱1. 年　月始借，本次輔具若通過 □擬歸還 □仍需使用。 | | | | | | | |
| 輔具名稱2. 年　月始借，本次輔具若通過 □擬歸還 □仍需使用。 | | | | | | | |
| 輔具名稱3. 年　月始借，本次輔具若通過 □擬歸還 □仍需使用。 | | | | | | | |
| 障礙與學習現況說明 |  | | | | | | | | | | |
| 輔具需求說明  (申請多項者,  請分項填寫) |  | | | | | | | | | | |
| 申請輔具項目 | 輔助器材名稱 | | | | | | 廠牌型號/規格 | | | 預估金額（元） | |
|  | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | |  | | |  | |
|  | | | | | |  | | |  | |
| **申請說明:教育輔助器材以本市現有品優先借用，借用期間借用人與借用單位需善盡保管之責，所借物品若有損壞或遺失，願負修復或賠償責任，借用期滿或不需使用時主動歸還。** | | | | | | | | | | | |
| **申請同意書** | | | | | | | | | | | |
| **申請人簽章 （家長或監護人）** | | **承辦人** | | | | **執行秘書 (主任)** | | **主任委員 (校長)** | | | **學校特殊教育推行委員會核章** |
|  | |  | | | |  | |  | | |  |
| **市立及私立幼兒園承辦人** | | | | **市立及私立幼兒園園長** | | | | | **幼兒園學生之巡輔教師所屬學校可免特推會核章** |
|  | | | |  | | | | |

\*請詳細填寫、備妥相關資料、逐級核章且依限擲回，以免影響學生權益。

**附件2-2 【輔助器材教學計畫】**

**臺中市身心障礙學生教育輔助器材教學計畫【視覺輔助器材】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 教師姓名 |  | 教師職稱 |  |
| 學生姓名 |  | 申請類別 | **【視覺輔助器材】** |
| 申請輔助  器材名稱 |  | 計畫執行期間 | 年 月 日～  年 月 日 |
| 填寫日期 | 年 月 日 | 使用頻率(週) /使用地點 |  |
| 教學目標 |  | | |
| 教學內容 |  | | |
| 具體應  用方式 |  | | |
| 預期效果 |  | | |