嘉義縣○○○學年度國中小特教學生助理人員申請表

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 學 校 |  | | | 個案姓名 | |  | | 申請學年度年級 | |  |
| 特教類別 |  | | | 障礙程度 | | □輕度 □中度 □重度 □極重度 | | | | |
| 班級人數 | 人 | | | 同班特教  學生人數 | | 人，已有助理人員服務 □是： 人  □否 | | | | |
| 安置班型 | □普通班(接受特教服務) □不分類資源班 □不分類巡迴輔導~~班~~ | | | | | | | | | |
| **必要**檢附資料 | □個別化教育計畫 □行為功能介入方案（協助學生情緒行為問題必附） | | | | | | | | | |
| 佐證資料 | □輔導紀錄 □其他醫療診斷證明 □行為問題影片 □其他： | | | | | | | | | |
| **上學期是否有特教學生助理人員服務：**  □無特教學生助理人員服務  □是，特教學生助理人員每週服務 小時 | | | | | | | | | | |
| 需要助理人員協助的原因 | | | | | | | | | | |
| □生活自理有困難需協助，請勾選學生生活自理能力及**具體說明**需協助部分：  一、如廁：□能自行如廁  □部分協助下能自行如廁需助理員協助部分：如需協助擦拭、如廁訓練  □無法自行如廁需助理員協助部分：如無法控制大小便需協助處理及如廁訓練  二、用餐：□能自行用餐  □部分協助下能自行用餐需助理員協助部分：  □無法自行用餐需助理員協助部分：  三、移動：□能自行移動  □部分協助下能自行移動(含輔具協助) 需助理員協助部分：  □無法自行移動需助理員協助部分：  四、其他： | | | | | | | | | | |
| □具情緒行為問題需協助，請**檢附行為功能介入方案**：   1. 情緒行為問題描述：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2. 發生頻率：(每天 / 每週) 次；每次持續 (分鐘 / 小時) 3. 行為功能介入方案目前成效：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. 預期助理人員提供的協助：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   1. 預期效益(褪除助理人員協助)：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | |
| **學校評估後預計申請每週\_\_\_\_小時** | | | | | | | | | | |
| 家長或法定代理人簽章 | | 導師簽章 | 特教承辦人  簽章 | | 主任簽章 | | 校長簽章 | | 特教推行委員會核章 | |
|  | |  |  | |  | |  | |  | |
| 承辦人聯絡電話(分機)： | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 書面審查結果（學校勿填）：  審查人員簽章： |
| 助理人員之需求：□需要，每週 小時 □不需要 □需到校評估 |
| 到校評估結果（學校勿填）：  審查人員簽章： |
| 助理人員之需求：□需要，每週 小時 □不需要 |