

聯絡人	第一位姓名				與申請者關係	
	第二位姓名				與申請者關係	
	聯絡電話	(宅)	(公)	(行動電話)		
	電子信箱					
服務使用者對生活的想像/期待						
家庭狀況	居住情況	<input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 與朋友同住 <input type="checkbox"/> 獨自居住 (<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 租屋) <input type="checkbox"/> 康復之家，名稱： <input type="checkbox"/> 社區家園，名稱： <input type="checkbox"/> 其他，請說明：				
	經濟來源	<input type="checkbox"/> 工作收入 <input type="checkbox"/> 儲蓄利息或投資 <input type="checkbox"/> 政府補助或津貼：每月_____元 <input type="checkbox"/> 家人支持 <input type="checkbox"/> 朋友支持 <input type="checkbox"/> 退休金 <input type="checkbox"/> 國民年金 <input type="checkbox"/> 其他：				
	家系圖					
醫療	醫療情況	<input type="checkbox"/> 規律門診 <input type="checkbox"/> 不固定門診 <input type="checkbox"/> 未定期就診 <input type="checkbox"/> 未就診 就診醫院_____ 就診頻率_____)				

與復健情形	復健地點/情況	說明： <input type="checkbox"/> 精神科日間病房(日間留院) <input type="checkbox"/> (社區復健中心) <input type="checkbox"/> 康復之家 <input type="checkbox"/> 日間作業設施(小作所) <input type="checkbox"/> 其他，請說明： 復健頻率：			
	藥物情況	■ 藥物治療 <input type="checkbox"/> 口服 <input type="checkbox"/> 針劑(短效針劑(多久一次)____、長效型:(多久一次)____) <input type="checkbox"/> 其他，請註明： ■ 藥物管理 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 透過家人 <input type="checkbox"/> 工作人員 <input type="checkbox"/> 其他，請註明 <input type="checkbox"/> 按時服藥(藥物名稱/劑量：____) _____) <input type="checkbox"/> 未按時服藥，原因：			
職業有關經驗	工作情況	<input type="checkbox"/> 無工作經驗 <input type="checkbox"/> 目前有工作，每月收入_____元；任職單位_____；職稱 <input type="checkbox"/> 目前無工作，但曾有工作經驗 請描述工作經驗情況：			
		曾任職單位名稱 / 職稱	起迄日期	年/月	離職原因
			年 月 至 年 月		
			年 月 至 年 月		
			年 月 至 年 月		

自立生活計畫承諾書

本人 _____，與專業支持者 _____ 經過討論，基於相互信任、相互尊重的原則，且在尊重本人意願和選擇的基礎上，完成雙方達成「自立生活計畫」，包括同意下列各項目：

一、承諾於目標內完成自立生活行動計畫，目標包括如下

二、積極執行自立生活行動計畫，並隨時可與專業支持者討論修正。

三、同意用電話、視訊、會面方式與專業支持者進行討論。

本人簽章：

專業支持者簽章：

承諾日期： 年 月 日

專業支持者人員：

服務使用者：