

# 罕見路上 有愛相伴

## 家庭支持服務方案

孩子因身體上的障礙而產生的特殊照顧需求，造成家庭長遠沉重的負擔  
罕見疾病的孩子，猶如一群不會發光的螢火蟲，需要更多的愛與溫暖  
引導他們擁抱生命的美好  
且讓我們陪伴你(妳)用“愛”來呵護，讓孩子成長路上不孤單~

### 服務對象

凡設籍或居住本縣18歲以下兒童及少年，有下列情形之一為本方案服務對象

(一)罹患罕見疾病

例如：成骨不全症（玻璃娃娃）、黏多醣症（黏寶寶）、脊髓性小腦萎縮症（企鵝家族）、先天性表皮分解性水皰症（泡泡龍）、苯酮尿症、重症海洋性貧血…等等

(二)持有重大傷病證明。

(三)持有身心障礙證明。

(四)其他經縣府社工員評估情形特殊有提供服務之必要。

### 服務內容

由專案社工員進行以家庭為整體服務之專業個案管理，依個案家庭需求提供服務

(一)諮詢輔導：以家庭訪視及電話關懷方式提供個案家庭相關諮詢、輔導及支持性會談，協助個案家庭危機處理、進行處遇計畫評估、擬定及執行等。

(二)資源連結與應用：依據個案家庭需求，提供實質且適切的資源連結及支持性服務，如心理諮商、臨時托育喘息、簡易家務指導、復健治療、經濟扶助…等等，使個案家庭能夠得到最佳的協助。

(三)活動辦理：辦理支持性團體及經驗分享座談會，透過團體或經驗分享，讓個案家庭成員獲得情緒抒發與資訊交流，進一步開拓支持網絡，提升照顧能力及增強處理壓力能力。

### 聯絡方式

- 電話：05-3621207
- 傳真：05-3621883
- 主辦單位：嘉義縣社會局
- 承辦單位：中華民國紅十字會台灣省嘉義縣支會

中華民國紅十字會台灣省嘉義縣支會  
「罕見路上 有愛相伴」-家庭支持服務方案  
「個案通報表」

表一

| 通 報 資 訊                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |         |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--|---------|-----------------|
| 通報單位類別                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 嘉義縣社會局 <input type="checkbox"/> 鄉鎮市公所 <input type="checkbox"/> 村里長 <input type="checkbox"/> 社福機構及團體<br><input type="checkbox"/> 衛生醫療機構 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                   |       |  |         |                 |
| 通報個案類別                                                                                                                                   | 凡設籍或居住本縣 18 歲以下兒童及少年，有下列情形為本方案服務對象：<br><input type="checkbox"/> 罹患罕見疾病 <input type="checkbox"/> 持有重大傷病證明 <input type="checkbox"/> 持有身心障礙證明   類別：_____ 等級：_____<br>疾病名稱：_____<br><input type="checkbox"/> 其他經縣府社工員評估情形特殊有提供服務之必要：_____                                                                                                                                     |       |  |         |                 |
| 個 案 資 料                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |         |                 |
| 姓 名                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 性 別   |  | 出生日期    | 身分證字號           |
| 聯絡地址                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |         |                 |
| 就學狀況                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> 幼兒園_____學校_____班 <input type="checkbox"/> 國小：_____學校_____年_____班<br><input type="checkbox"/> 國中：_____學校_____年_____班<br><input type="checkbox"/> 高中(職)：_____學校_____科 _____年_____班<br><input type="checkbox"/> 專科：_____學校_____科 _____年_____班                                                                          |       |  |         |                 |
| 主要聯絡人                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 與案主關係 |  | 聯絡電話    |                 |
| 家庭類型                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 一般家庭(雙親) <input type="checkbox"/> 隔代教養 <input type="checkbox"/> 單親家庭(○男單親、○女單親)<br><input type="checkbox"/> 新移民家庭 <input type="checkbox"/> 其他：_____                                                                                                                                                                                              |       |  |         |                 |
| 尋求資源事項(可複選)                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 臨時托育、喘息 <input type="checkbox"/> 情緒、心理相關問題 <input type="checkbox"/> 家務指導 <input type="checkbox"/> 社會福利問題<br><input type="checkbox"/> 早期療育相關問題 <input type="checkbox"/> 生活、經濟相關問題 <input type="checkbox"/> 居家護理問題 <input type="checkbox"/> 復健治療<br><input type="checkbox"/> 就業相關問題 <input type="checkbox"/> 就學問題 <input type="checkbox"/> 其他_____ |       |  |         |                 |
| 主要問題陳述                                                                                                                                   | 家庭概述/主要問題陳述/協助事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |  |         |                 |
| 通報單位名稱                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |  | 通報人員/職稱 |                 |
| 聯絡電話                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Email |  | 填表日期    | ____年____月____日 |
| 傳真電話                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |         |                 |
| ◎是否已告知個案/家庭協助轉介 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否      ◎是否需要回覆 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |  |         |                 |

※通報方式：電話 05-3621207、3622121    傳真：05-3621883    方案承辦人員：黃秀敏

中華民國紅十字會台灣省嘉義縣支會  
「罕見路上 有愛相伴」-家庭支持服務方案  
「個案通報表」

表一

| 個 案 通 報 回 覆 單  |                                                                                                                                                                           |     |                                                       |      |  |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------|------|--|
| 個案姓名           |                                                                                                                                                                           | 性別  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 出生日期 |  |
| 受理<br>轉介<br>情形 | 已於____年____月____日接案初步晤談<br><input type="checkbox"/> 符合開案條件：列為本計畫個案。<br><input type="checkbox"/> 不符合開案條件，轉介其他單位：提供諮詢並協助轉介_____單位<br><input type="checkbox"/> 不符合開案條件無需提供服務 |     |                                                       |      |  |
|                | 受理時間：____年____月____日                                                                                                                                                      |     |                                                       |      |  |
| 社工員：           |                                                                                                                                                                           | 組長： |                                                       | 總幹事： |  |