桃 園 市 腦 性 麻 痺 協 會

個 人 會 員 申 請 表

會員編號： 申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名  （成年人為主） |  | | 性 別 | □ 男  □ 女 | | **手 機 號 碼** | | | | | |
|  | | | |  | |
| 生日 | 民國 年 月 日 | | 身份證字號 |  | | | | | | | |
| 戶籍地址 | 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓之 | | | | | | | | | | |
| 電話 | ( ) | | | 傳真 | | | ( ) | | | | |
| 通訊地址 | 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰 路街 段 巷 弄 號 樓之 | | | | | | | | | | |
| 電話 | ( ) | | | 傳真 | | | ( ) | | | | |
| 電子郵件信箱 |  | | | | | | | | | | |
| 學歷 |  | 學校系所 |  | | | | | | | | |
| 職業別 |  | 任職機構 |  | 電話 | | ( ) | | | 傳真 | | ( ) |
| 婚姻狀況 | □未婚 □已婚 □離婚 □喪偶 | | | | 子女人數 | | | 人 |  | | |
| 配偶姓名 |  | 任職機構 |  | | | | | | 職稱 | |  |

家中有腦性麻痺患者請填下表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 腦麻者姓名 |  | 生日 | 民國 年 月 日 |
| 性別 | □ 男 □ 女 | 與會員關係 |  |
| 身心障礙手冊字號 |  | 重大傷病卡 | □ 是 □ 否 |
| 殘障等級 | □輕度 □中度  □重度 □極重度 | 障礙類別 | * 多重障礙 □肢障 □智障 □其他   （以身心障礙手冊之資料為主） |
| 相關障礙 | □癲癇 □肢障 □聽障 □語障 □視障 □智障 □學障 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿ | | |
| 腦麻成因 | □早產 □缺氧 □黃疸 □發燒 □其他原因：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | |
| 目前狀態 | □在家 □就讀日托機構：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □就讀一般托兒所  □就讀：（學校）＿＿＿＿＿＿＿＿ 年 班 □普通班 □啟智班 □資源班  □機構住宿養護：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ □就業：（工作項目）＿＿＿＿＿＿＿＿ | | |
| 目前復健狀況 | □從未復健 □曾經做過復健，目前已停止，因為：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿  □在＿＿＿＿ 醫院（診所）復健，項目：□職能治療 □物理治療 □其他：＿＿＿＿＿＿  □接受民俗療法：□針灸 □推拿 □整脊 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ | | |

1. 新入會者請繳交入會費1,000元，年費500元。
2. 家中有腦性麻痺患者之家長加入一般會員，僅需繳交新台幣500元入會費及500元年費。
3. 會員資料若有變更，請主動告知協會。
4. 加入會員後，若要退出，上項費用不予退回。