

正本

檔號：  
保存年限：

編號	100.306
日期	100.9.21

### 臺北市政府社會局 函

地址：10444台北市中山區長安西路15號  
 承辦人：徐尚慈  
 電話：02-25682829#228  
 傳真：02-25681585  
 電子信箱：ha-vicki0612@mail.taipei.gov.tw

受文者：臺北市聾啞福利協進會等197家單位

發文日期：中華民國100年9月16日

發文字號：北市社障字第10043170800號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：身心障礙鑑定暨需求評估新制實驗計畫通知書、身心障礙者鑑定暨需求評估實驗計畫申請表各1份

主旨：為辦理100年度「全面推廣國際健康功能與身心障礙分類系統(簡稱ICF)新制實驗計畫」，請貴單位鼓勵試評個案踴躍參與，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據內政部100年7月11日台內社字第1000138019號函辦理。
- 二、為使ICF的鑑定及評估能夠順利推動，本局訂於今(100)年9月開始進行ICF新制實施前試辦計畫，將寄發該計畫之邀請函及申請表予試評對象，由社會局社工員進行需求評估，以了解身障者的生活概況及需求。試評樣本抽樣說明如下：
  - (一)樣本來源：本市領有身心障礙手冊，其身心障礙手冊將於9月至11月到期需進行重新鑑定者。
  - (二)抽樣方法：本局12行政區每區依其障別比例抽取樣本97名，共計1,164名。
- 三、該試辦計畫並不會影響試評者現有身心障礙資格及已經享有的權益與福利服務，亦不須負擔任何費用，惟參與本試辦計畫之身障者及家屬之建議將納入未來ICF新制推動及規劃執行之重要依據。特周知貴單位，若有服務對象或會員為試評對象，請鼓勵其踴躍參與。
- 四、檢送「身心障礙鑑定暨需求評估新制實驗計畫通知書」、「身心障礙者鑑定暨需求評估實驗計畫申請表」各1份供貴單位參閱。
- 五、本案相關聯繫事宜，可洽本局身心障礙者福利科社工員徐尚慈小姐，電話(02)25682829轉分機228。

正本：臺北市聾啞福利協進會等197家單位

副本：

# 局長 江綺雯

本案依分層負責規定授權業務主管決行

社工員許雅筑

將會組(201)

100921

# 臺北市身心障礙者重新鑑定新制實驗計畫通知書

親愛的市民：您好！

依據 96 年 7 月 11 日修正公布的身心障礙者權益保障法規定，明 (101) 年 7 月 11 日起，身心障礙鑑定、福利申請及證明的核發標準與程序將有所改變，在鑑定部分是採取國際健康功能與身心障礙分類系統 (International classification of functioning, disability and health, 簡稱 ICF)，由醫療院所組成專業團隊辦理，本府社會局在取得確認身心障礙鑑定報告之後，會指派專人進行需求評估，並依評估結果核發身心障礙證明，及提供相關福利或服務。

為了測試 ICF 鑑定及評估工具之適用性與正確性，也為新制的上路作好準備，本府預定於今 (100) 年 9 月起進行身心障礙鑑定與需求評估新制實驗計畫，以蒐集完整資料，針對評估工具、實施流程加以修正改善。

因您的身心障礙手冊即將到期，在此提醒您，務必在手冊到期前到戶籍地區公所辦理重新鑑定外，亦邀請您共同參與本府 100 年度 ICF 新制實驗計畫，您不需要負擔任何費用，且施測之結果僅作未來 ICF 新制推動政策與實務操作研擬之參考，不會影響到您的身心障礙資格及已享有之福利服務與權益，請您放心。

感謝您一起參與身心障礙政策之革新與推動，請您事先填妥所附的**身心障礙者鑑定暨需求評估實驗計畫申請表**，並在手冊到期前攜帶身心障礙手冊、身分證 (或戶口名簿)、照片 3 張及該申請表到戶籍地的區公所申請重新鑑定，如果還有其他疑問，您可與本府社會局身心障礙福利會館 ICF 小組需求評估專員○○○先生 / 小姐聯繫 (電話：02-25682829 分機○○○)。

臺北市政府社會局

## 臺北市身心障礙者鑑定暨需求評估實驗計畫申請表

### 一、基本資料

臺北市		區		申請日期： 年 月 日	
申請項目	<input type="checkbox"/> 初次申請 <input type="checkbox"/> 重新鑑定 <input type="checkbox"/> 異議申訴複檢(評) <input type="checkbox"/> 自行申請變更				
姓名			身分證 統一編號		
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		出生日期	民國/前	年 月 日
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣市	鄉鎮 市區	村 里	鄰 路 街 段 巷 弄 號 樓
居住地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰路街段巷弄號樓				
公文送達 地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 同居住地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 鄉鎮市區 村里 鄰路街段巷弄號樓				
連絡電話	(H) (O)		手機		
傳真			電子信箱		

### 二、聯絡人(監護人)

姓名					
關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚(稱謂： ) <input type="checkbox"/> 其他(請說明： )				
連絡電話			連絡手機		
連絡地址					

### 三、主要照顧者【同聯絡人，以下免填】

姓名					
關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚(稱謂： )				
連絡電話			連絡手機		
連絡地址					

### 四、障礙現況

身障手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【有效期限： 年 月 日】 障礙類別： (多重障請標示細項障別及細項障別到期日期) 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				
	原鑑定醫院				

### 五、環境需求

鑑定場所	<input type="checkbox"/> 機構(醫院)內鑑定 <input type="checkbox"/> 機構(醫院)外鑑定(須另行提出申請)				
※訪視地點	<input type="checkbox"/> 住居所 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 工作場所 <input type="checkbox"/> 身心障礙福利會館(中山區長安西路15號) <input type="checkbox"/> 其他(請說明： )				
溝通方式	<input type="checkbox"/> 口語(說聽均可) <input type="checkbox"/> 筆寫 <input type="checkbox"/> 溝通輔具 <input type="checkbox"/> 其他：				
主要語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家話 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 其他：				
特殊需求	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口譯 <input type="checkbox"/> 手譯 <input type="checkbox"/> 其他(項目： )				

六、相關資料查調

病 歷 資 料	原鑑定醫院：			
	姓名：		身分證字號：	
	最近一次就診醫院： (針對身心障礙狀況)			
戶 籍 資 料 暨 財 稅 資 料 (查調範圍含 本人、父母、子 女及同戶籍兄 弟姐妹)	稱謂	姓名	身分證字號	出生年月日
※ 切 結	<p>一、_____ (申請人姓名) 已瞭解本申請表全部內容，並同意參與 100 年度身心障礙鑑定暨需求評估實驗計畫。</p> <p>二、申請身心障礙者鑑定及相關補助與福利服務之需求評估，有義務主動正確提供審查所需相關資料，故同意受理單位查調所需之病歷、戶籍及最近年度財稅資料。</p> <p>本人(或代理人)簽章： 代理人身分證字號：</p> <p style="text-align: right;">中華民國      年      月      日</p>			
代理申請委託(授權)書				
<p>委託人(即申請人)：_____【簽章】已瞭解並將申請身心障礙鑑定、福利與服務需求評估相關事宜，委託(授權)受委託人：_____【簽章】(關係：_____)代為申請，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如有因虛報不實經查獲者，雙方並負相關法律責任。</p>				