

雲林縣早期療育單位申請自費療育申請表

112.12.22 修

單位名稱			
申請類別		<input type="checkbox"/> 公私立早期療育機構 <input type="checkbox"/> 身心障礙福利機構 <input type="checkbox"/> 早期療育特約醫療單位 <input type="checkbox"/> 經本縣同意之機構或單位：（立案機關： <input type="checkbox"/> 衛政主管機關 <input type="checkbox"/> 教育主管機關 <input type="checkbox"/> 社政主管 <input type="checkbox"/> 其他_____）	
單位負責人		單位電話	
立案地址			
療育服務地址		<input type="checkbox"/> 同上	
聯絡人		電話	（辦公室） （手機）
申請療育項目/療育人員數量		預計每週最大服務人次	
		個別化療育	團體療育(最高 1:3) 其他
<input type="checkbox"/> 物理治療;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 職能治療;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 心理治療;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 語言治療;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 聽力治療(聽覺復健);_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 學前教育;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 遊戲治療;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 戲劇治療;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 藝術治療;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 音樂治療;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 定向行動訓練;_____人		服務_____人次	服務_____人次
<input type="checkbox"/> 其他;_____ ; _____人		服務_____人次	服務_____人次
申請單位大章及負責人章		申請日:中華民國 年 月 日	

雲林縣早期療育單位申請自費療育服務計畫書

1. 單位名稱：

2. 單位立案時間及立案證明字號：

三. 服務空間：（請檢附平面圖，並標示療育空間及附照片）

(1) 服務空間_____ 平方公尺

(2) 空間規劃情形：僅進行單一療育

合併與_____與_____療育，請說明：_____

四. 服務時間：

五. 服務流程：

六. 成效評估方式：初次申請者僅需填寫(一)成效評估方式

(一)成效評估方式：

1. 成效評估工具：

2. 成效評估頻率：每___個月進行1次幼童療育成效評估。

(二)前期成效評估績效(至少須進行6個月療育服務整體成效統計分析)

1. 原預期總療育服務_____人次，實際總療育服務_____人次，達成率_____%。

2. 家長問卷調查：問卷發放___份(I)，回收有效問卷___份(J)，回收率
(J/I)=_____%，(請參酌範例填寫)

家長問卷調查：

題項	勾選份數/總份數			
1. 評估人員有讓我參與評估過程	完全沒有 _____ %	部份過程參與 _____ %	全程參與 _____ %	
2. 評估人員有詢問我孩子的主要問題	沒有 _____ %		有 _____ %	
3. 評估人員有詢問我的期待	沒有 _____ %		有 _____ %	
4. 評估人員有告知我評估的結束	沒有 _____ %		有 _____ %	
5. 我瞭解小孩目前的發展狀況	完全沒瞭解 _____ %	部分瞭解 _____ %	全部瞭解 _____ %	
6. 評估人員有讓我在評估報告上簽名	沒有 _____ %		有 _____ %	
7. 評估人員有和我討論療育目標	沒有 _____ %		有 _____ %	
8. 評估人員建議的活動適合我在家裡面進行	非常不適合 _____ %	不適合 _____ %	適合 _____ %	非常適合 _____ %
9. 療育人員有建議我回家做的活動	完全沒有 _____ %		有時候有 _____ %	每次都有 _____ %
10. 療育人員建議的活動適合我在家裡面進行	非常不適合 _____ %	不適合 _____ %	適合 _____ %	非常適合 _____ %
11. 療育人員有和我討論療育成效	完全沒有 _____ %		有時候有 _____ %	每次都有 _____ %
12. 療育人員有和我討論在家裡執行的狀況	完全沒有 _____ %		有時候有 _____ %	每次都有 _____ %

3. 上半年療育服務成效指標：請參考下列範例填寫

整體目標服務成效：

計服務幼童 4 人，達成療育目標行為整體達成率為 68%。

兒童代號	小婷	小宥	小智	小玉	總計
目標達成及評分					
總設定目標數 A	15	10	7	12	44
超過目標行為(3分)B	5	3	0	0	8
達成目標行為(2分)C	5	5	7	5	22
未達成目標但比起始行為進步(1分)D	3	2	0	6	11
與起始行為相同(0分)E	2	0	0	1	3
比起始行為退步(-1分)F	0	0	0	0	0
達成目標總分 A*2 分	30	20	14	24	88
實際得分 G B*3+C*2+D*1+E*0+F*-1	28	22	14	16	80
得分達成率 G/(A*2)	93%	110%	100%	67%	90%
目標行為達成率(B+C)/A	66%	80%	100%	41.7%	68%

七·收費情形：(請詳實說明，如經查核不符則依早期療育補助計畫規定辦理。)

個別化療育

_____ 治療；1 堂 _____ 分鐘；收費： _____ 元

_____ 治療；1 堂 _____ 分鐘；收費： _____ 元

團體療育 (團體療育師生比為 1：3)

_____ 治療；1 堂 _____ 分鐘；收費： _____ 元

_____ 治療；1 堂 _____ 分鐘；收費： _____ 元

其他方式： _____

_____ 治療；1 堂 _____ 分鐘；收費： _____ 元

_____ 治療；1 堂 _____ 分鐘；收費： _____ 元

八·執行自費療育人員乙覽表(新聘人員須附學經歷及執照)

姓名	執行療育項目	專職/兼職 (醫事人員支援核備函文號)	到職日	專業執業證照號	早療/兒童實務經歷	____年繼續教育課程及時數(早療及身心障礙相關研習訓練至少9小時)	本府同意核備____年自費療育單位之療育人員文號
		<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職, 醫事人員核備函號					<input type="checkbox"/> 核備文號: <input type="checkbox"/> 無, 為____年新聘人員
		<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職, 醫事人員核備函號					<input type="checkbox"/> 核備文號: <input type="checkbox"/> 無, 為____年新聘人員
		<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職, 醫事人員核備函號					<input type="checkbox"/> 核備文號: <input type="checkbox"/> 無, 為____年新聘人員
		<input type="checkbox"/> 專職 <input type="checkbox"/> 兼職, 醫事人員核備函號					<input type="checkbox"/> 核備文號: <input type="checkbox"/> 無, 為____年新聘人員

九. 照片黏貼處(如審查指標:基-3 有效期間之消防設備、逃生路線及設備、2-2 療育空間、2-3 療育器材、、等)

圖片說明：	圖片說明：
圖片說明：	圖片說明：
圖片說明：	圖片說明：

附件四

雲林縣早期療育單位申請自費療育審查指標

基本資格:須經主管機關立案完成之機構或單位 基本資格不符無法申請本府自費療育單位	單位自評		本府檢核	
	符合	不符	符合	不符
1. 取得社政或衛政主管機關之核備立案函。				
2. 療育場域是否取得建物使用執照。				
3. 療育場域消防及公共安檢是否符合主管機關所規定。				
4. 療育場域是否依規定辦理公共意外責任險。				
5. 醫療及醫事機構須取得主管機關同意核定自費項目收費函。				
如不符上述資格無法符合本府_____年申請單位				
項目/指標	單位自評		本府檢核	
	符合	不符	符合	不符
一、療育項目及人員資格				
1. 療育項目申請是否符合本府規定、療育人員是否符合資格，是否依規辦理執業登記或核備(申請應檢附執照影本、另如有醫事人員支援核備函)				
2. 療育人員每年是否依法進行繼續教育(請出具研習證明，應含早期療育相關課程至少 9 小時，未達 9 小時列為不符資格)				
3. 各療育項目應檢附專用評估表。				
二、療育環境與空間				
1. 療育環境及器材設備是否有定期消毒。 (請檢附每 2 週至少 1 次消毒紀錄或證明)。				
2. 療育空間規劃應符合幼兒身心發展特性及需求。(請檢附空間平面圖並標示療育空間)				
3. 療育器材應符合幼兒身心發展特性及需求。 (請檢附療育器材、設施設備清單、照片)。				
三、權益與保障				
1. 是否清楚告知家長相關服務流程、執行服務同意書並經家長簽名確認。(應檢附單位之服務流程、執行服務同意書)				
2. 是否清楚告知家長相關申訴管道與流程並經家長簽名確認。				

(應檢附申訴管道告知單及處理流程)				
四、療育紀錄與成效				
1. 是否定期告知家長療育目標與成效並經家長確認簽名。(請至少檢附兩份問卷或相關文件佐證)				
2. 整體療育服務成效評估資料呈現完整且客觀(請於附件二第六-3項說明成效資料)				
3. 本府指定抽查個案(隨機抽查兩案，請檢附近六個月內本府建議版之療育服務紀錄表)				
4. 審查資料是否準備完善(審查資料如需補件以一次為原則，補件後資料仍不齊本項目即為不申辦資格)				
5. 療育評估過程之記錄(應包含兒童發展現況、家長參與、療育目標設定、提供家長之建議)				
申請單位大章及負責人章			本府承辦簽章處	

1-1 個別執行療育人員相關文件表

治療師姓名		<input type="checkbox"/> 專職
<input type="checkbox"/> 兼職:黏貼醫事人員核備函 (專職治療師及教保免貼)		
黏貼執照影本		
黏貼在職訓練		

黏貼學經歷及相關證明

附件五 雲林縣早期療育單位申請自費療育審查文件自我檢核表

基本資格	應附文件(請於文件上標註文件序號, 依序排放)		單位檢核
1. 取得社政或衛政主管機關之核備立案函。	應附基-1 核備立案函或證書影本。(含聯合醫事機構)		<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 療育場域是否取得建物使用執照。	應附基-2 建物使用執照影本		<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
3. 療育場域消防及公共安檢是否符合主管機關所規定。	應附基-3 消防安檢核備函 無核備函請於附件二第九項黏貼有效期間消防設備、逃生路線及設備照片		<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
4. 療育場域是否依規定辦理公共意外責任險。	應附基-4 公共意外責任險證明影本		<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
5. 醫療及醫事機構須取得主管機關同意核定自費項目收費函。	應附基-5 同意核定自費項目收費函影本。		<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
一、療育項目及人員資格	應附文件		單位檢核
1. 療育項目申請是否符合本府規定、療育人員是否符合資格, 是否依規辦理執業登記或核備	治療師應檢附執照影本認知療育人員須附學經歷兼職治療師另附醫事人員支援核備函。	請附 1-1 個別療育人員檢附文件表	<input type="checkbox"/> 已附: <input type="checkbox"/> 未附:
2. 療育人員每年是否依法進行繼續教育	應附每年至少 9 小時早期療育在職進修時數證明。		
3. 各療育項目專用評估表。	應檢附各療育項目專用評估表。 (ex. 語言治療檢附語言治療初評表或單位自行設計使用之初評表) 空白表單可。		<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
二、療育環境與空間	應附文件		單位檢核
1. 療育環境及器材設備是否有定期消毒。	應附 2-1 近 3 個月內每 2 週至少 1 次消毒紀錄。		<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 療育空間規劃應符合幼兒身心發展特性及需求。	應附 2-2 空間平面圖並標示療育空間。		<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
3. 療育器材應符合幼兒身心發	應附 2-3 療育器材、設施設備清單、照片。		<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附

展特性及需求。		
三、權益與保障	應附文件	單位檢核
1. 是否清楚告知家長相關服務流程、執行服務同意書並經家長簽名確認。	應附2份有家長簽名 3-1-1單位之服務流程、 3-1-2 執行服務同意書	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 是否清楚告知家長相關申訴管道與流程並經家長簽名確認。	應附2份有家長簽名 3-2-1申訴管道告知單、 3-2-2 申訴處理流程	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
四、療育紀錄與成效	應附文件	單位檢核
1. 是否定期告知家長療育目標與成效並經家長確認簽名。	應附2份有家長簽名 療育目標與成效問卷或其他資料。 另於附件二第六-2項說明整體問卷分析。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
2. 整體療育服務成效評估資料呈現完整且客觀	請於附件二第六-3項說明整體成效資料，另統計資料請另標註1-3。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
3. 本府指定抽查個案	※請檢附本府抽查2案 6個月內本府建議之療育服務紀錄表或相關文件(個案姓名請以立可白塗成無法直接辨識，如張○文)。 6個月內本府建議之療育服務紀錄表或相關文件。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附
4. 審查資料是否完備	※請參考本府辦理早期療育自費療育單位審查文件自我檢核表自行檢核。 ※補件以一次為限。	<input type="checkbox"/> 已附 <input type="checkbox"/> 未附

附件三

雲林縣早期療育單位申請自費療育之執行人員資格一覽表

療育項目	檢附下列資格文件之一	
物理治療	物理治療師執業執照	
職能治療、感覺統合	職能治療師執業執照	
心理治療	臨床心理師執業執照	
語言治療	語言治療師執業執照	
聽力治療(聽覺復健)	聽力師執業執照	
針灸治療	中醫師執業執照	
認知學習課程	相關科系(有無特教背景)	早療實務經驗 年資
	學前特殊教育教師證	無
	大學特教系、特教所	一年
	早期療育研究所(有特教背景)	一年
	早期療育研究所(無特教背景)、大學幼教/ 幼保系	二年
	非上揭相關科系,但符合兒童及少年福利機 構專業人員資格及訓練辦法之早期療育專 業教保人員資格者或身心障礙福利機構專 業人員遴用訓練及培訓辦法之教保員資 格者	三年
	備註：公務人員兼任教學或研究工作或非以營利為目的之事業或團體 之職務，應經主管或服務機關許可。	

<p>遊戲療育課程</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具有國外遊戲治療學位且有三年以上兒童實務經驗。(國外學位需經教育部認可之學校) 2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受遊戲治療課程訓練及具三年以上兒童實務經驗。 3. 國內接受遊戲治療課程達 20 學分(每學分 18 小時)且有三年以上兒童實務經驗。
<p>戲劇療育課程</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具有國外戲劇治療學位且有三年以上兒童實務經驗。(國外學位需經教育部認可之學校) 2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受戲劇治療課程訓練及具三年以上兒童實務經驗。 3. 國內接受戲劇治療課程達 20 學分(每學分 18 小時)且有三年以上兒童實務經驗。
<p>藝術療育課程</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具有國外藝術治療學位且有三年以上兒童實務經驗。(國外學位需經教育部認可之學校) 2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受藝術治療課程訓練及具三年以上兒童實務經驗。 3. 國內接受藝術治療課程達 20 學分(每學分 18 小時)且有三年以上兒童實務經驗。
<p>音樂療育課程</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 具有國外音樂治療學位且有三年以上兒童實務經驗。(國外學位需經教育部認可之學校) 2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受音樂治療課

	<p>程訓練及具三年以上兒童實務經驗。</p> <p>3. 國內接受音樂治療課程達 20 學分(每學分 18 小時)且有三年以上兒童實務經驗。</p>
馬術療育課程	<p>1. 持國外馬術治療師證。</p> <p>2. 持國內相關執行療育人員合格執照，並有接受馬術治療課程訓練及具二年以上實務經驗。</p> <p>3. 物理治療師併同馬術教練同時進行療育。</p>
定向訓練	<p>1. 領有定向行動訓練職類技術士證。</p> <p>2. 領有定向行動訓練員訓練結業證明書。</p> <p>3. 本辦法中華民國一百零一年七月十一日修正施行前，曾於視覺功能障礙服務相關機構、團體或特殊教育學校實際從事定向行動訓練工作五年以上。</p> <p>4. 本辦法一百零一年七月十一日修正施行前，大專校院以上畢業，曾於視覺功能障礙服務相關機構、團體或特殊教育學校實際從事定向行動訓練工作二年以上。</p>
體適能	<p>1. 物理治療師執照。</p> <p>2. 適應體育學系畢業並有2年以上兒童領域實務經驗。</p> <p>3. 取得國內初、中、高級體適能指導員，並具2年以上特殊兒童領域實務經驗。</p>
水中運動治療	<p>1. 物理治療師執照且具C級游泳教練資格者。</p> <p>2. 物理治療師併同C級以上游泳教練資格者同時進行療育。</p>

*上述人員如有接受早期療育相關訓練課程應檢附近一年內研習證明。

*上述人員如有二個以上之執業地點，請附衛生主管單位核准該單位之報備支援公文或證明。