

社團法人中華民國兒童慈善協會  
會外學齡(前)兒童-藝術療育課程申請書

表 1

10706

兒童姓名	出生日期			身份證字號							
	民國 年 月 日										
身心障礙證明	重大傷身 份	就學狀況		申請課程 (家長擇一勾選)		審核結果					
<input type="checkbox"/> 有·診斷障別為 _____ <input type="checkbox"/> 無·須檢附診斷證明	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 公立 <input type="checkbox"/> 私立幼兒園_____班 <input type="checkbox"/> 早療機構_____ <input type="checkbox"/> 國小____年級 <input type="checkbox"/> 國中____年級 <input type="checkbox"/> 尚未入學 <input type="checkbox"/> 國小緩讀		<input type="checkbox"/> 音樂 <input type="checkbox"/> 藝術 <input type="checkbox"/> 舞蹈 <input type="checkbox"/> 戲劇		<input type="checkbox"/> 不符合 <input type="checkbox"/> 全額補助 <input type="checkbox"/> 半額補助 <input type="checkbox"/> 其他					
身份別	兒童之雙親國籍				雙親婚姻狀態						
<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他 (家庭年收 60-80 萬)	父： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍(國別)：_____ 母： <input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外籍(國別)：_____				<input type="checkbox"/> 婚姻關係存在 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他_____						
聯絡電話		通訊地址				填寫人					
手機： 手機： (家)： 公司：						姓名：_____ 與兒童之關係：_____					
必須檢附資料	1. <input type="checkbox"/> 最近三個月內戶籍謄本正本(勿省略記事)      2. <input type="checkbox"/> 案主有效身障證明(手冊)或診斷證明書影本 3. <input type="checkbox"/> 本會療育申請表 1. 2. 3      4. <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明影本 5. <input type="checkbox"/> 身份別為其他, 請檢附最近一次之全戶綜合所得稅申報資料 + 全戶財產歸屬資料清單										
未入小學加附	1. <input type="checkbox"/> 身心障礙者領取生活補助證明書/公文影本 2. <input type="checkbox"/> 身心障礙者日間照顧費用補助(原托育養護費用補助)公文影本 (申請兒童未入小學, 此 3 項需擇 1 項檢附) 3. <input type="checkbox"/> 最近一次發展遲緩兒童療育補助交通費療育紀錄單影本										
補助對象	具中華民國國籍, 年滿 3 歲至申請時未滿 15 歲之自閉症、智障、多障、發展遲緩、注意力缺損暨過動症之兒童, 其家庭具縣市政府核發之當年度低收/中低收入戶證明/家庭年收低於 60-80 萬, 可提出申請。										
補助條件	申請後經評估適合該課程(30/60 分), 依審核標準提供每/隔週乙次藝術療育課程, 並遵守本會上課規範。正式上課起一週內繳匯保證金 1 千元。上課規範內容(詳如表 3)										
申請流程	填寫及備妥資料(普掛郵寄至本會)---7 個工作天審核並通知家長結果(全額/半額/其他補助方式)---(符合者)媒合上課地點(本會合作院所)與初評---上課時段能配合者, 請依與老師約定時間出席上課。 *上課名額額滿時, 將資格符合之申請者, 放入待排名單, 遇有缺額時, 聯絡家長。										

請填妥表 1、2、3 並檢附相關資料, 以普通掛號 郵寄至「兒童慈善協會」

地址：10553 台北市松山區南京東路 4 段 56 號 9 樓之 2

電話：(02)2577-0887\*217 社工 曾 s 傳真：(02) 2577-0867

翻面為表 2

社團法人中華民國兒童慈善協會  
兒童身心發展自填表

表 2

10706

兒童姓名：\_\_\_\_\_

填寫人：\_\_\_\_\_

填寫日期：\_\_\_\_\_

家庭概況：(同住之家庭成員、父母職業、如有發生過家暴、性侵、兒虐等重大議題，請務必填寫)

小朋友健康醫療史：(例如足月生或早產、是否有開刀紀錄、在幾歲時發現生長異狀及服用藥物等)

小朋友目前的認知能力：(口語/表達能力、社交技巧、生活自理等)

目前接受的療育課程、就學狀況：(目前進行中的課程名稱、上課次數、時間和費用，健保/自費、為普通班/普+資/特教班)

小朋友的優勢(例如：特質/強項/才能/興趣/願望)

申請藝術療育課程的原因與期待：

備註：本會每年透過『大手牽小手 希望向前走』資助計劃，媒合願意贊助小朋友上課費用的愛心資助者，若幫小朋友連結到資助人會再知會您，並提供受資助兒童的簡單資料卡予資助人。在暑假期間會請受資助的小朋友完成『感恩的手作』和卡片，寄送給資助人。

**事 假**

每月可請事假(非不得已必須請假之情況)乙次,但須提前至少2天(不含上課日當天),例如:週五上課最遲需在當週三完成請假。當月若有產生第2次事假,該堂課費用由家長自費予合作醫院院/診所。

**病 假**

因小朋友生病,最遲可當天上課前2小時請假。若因病況嚴重(如:腸病毒等),需請假超過2週(含)以上,請務必來電請假。

**無故缺曠課**

無故未出席或未在上述規定時限內完成請假,視為缺曠課,該堂課費用,由家長負擔。

**遲 到**

30-40分鐘課程遲到超過5分鐘、60分鐘課程遲到超過10分鐘,協會補助之該堂課費用,由家長自行負擔。

**其 他**

家庭成員遇喪、病假或寒暑假有親子活動等,需請假,請先告知治療師事由,再由治療師評估合適的停課次數。

若產生上述自費狀況(不提供補課),請於費用產生日起一週內將費用直接繳交予治療師。如出席狀況不佳(每季3個月,缺課超過3次,口頭提醒後仍無改善出席率)本會有權停止療育補助,將資源讓出予其他小朋友。

★合作院所費用表如下,費用若有變動,請依各院所公訂收費為主。★			
音樂、藝術、舞蹈治療課	個別 30 分鐘	個別 60 分鐘	團體 40-60 分鐘
醫院/診所費用	1000-700 元	1800-1400 元	1400-700 元

★請假方式：

- ①兒慈協會電話 02-2577-0887 \*217 曾 s 或 212 邱 s (平日 上午 9-下午 6 點)
- ②院所電話 請上課時,詢問治療師
- ③治療師聯絡方式 請家長詢問治療師本人

**保證金**療育兒童繳付之保證金,於治療師評估小朋友已達治療目標可停課日或協會與該院所停止合作關係時,非歸因為家長因素,可於停課日起2個月內由家長辦理退回手續。若為家長自行停止療育課程之情況,保證金不予退還。

本人已詳讀上述請假規範內容並願意遵守相關規定。對於保證金退還規定也清楚瞭解。

療育兒童：\_\_\_\_\_ 家長簽名：\_\_\_\_\_

簽立日期：109 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

## 個人資料蒐集、使用同意書

表 4

10711

社團法人中華民國兒童慈善協會（以下簡稱本會）謹依個人資料保護法（以下簡稱個資法）第 8 條第 1 項規定告知下列事項，敬請詳閱：

- 一、蒐集之特定目的：參加「表達性藝術治療」課程及後續聯繫所用。
- 二、個人資料類別：藝術療育課程申請書(含姓名、聯絡方式、地址、就讀校系…等)、申請書附件(戶籍謄本、身障證明或診斷證明書、低/中低收證明…等)。
- 三、個人資料利用期間：不限。
- 四、個人資料利用地區：台灣。
- 五、個人資料利用對象：不限。
- 六、個人資料利用方式：電子郵件、電子建檔、書面。
- 七、注意事項：每年治療師會將學生療育課程進度以年度報告方式呈現，並提供書面資料乙份予本會。書面資料僅供記錄存檔、教育研究、專業研討會及推廣表達性藝術治療使用。

依個資法第 3 條規定，就您的個人資料進行以下動作：

- 一、查詢或請求閱覽。
- 二、請求製給複製本。
- 三、請求補充或更正。
- 四、請求停止蒐集、處理或利用。
- 五、請求刪除。

如欲行使以上權利，請洽本協會專線：(02)2577-0887

您可自由選擇是否提供您的個人資料，惟您不同意提供個人資料時，本會將無法提供與您蒐集目的相關之各項服務。

-----分-----隔-----線-----

我已詳閱並了解本同意書內容，且 同意 不同意 上述事項

參與課程學生姓名：\_\_\_\_\_（請親筆簽名）

法定代理人/監護人：\_\_\_\_\_（請親筆簽名）

中華民國      年      月      日