

社團法人中華民國兒童慈善協會
學齡(前)表達性藝術療育課程申請書

表 1

兒童姓名	出生日期			身份證字號								
	民國	年	月	日								
身心障礙證明	重大傷病身份	就學狀況			申請課程 (家長擇一勾選)			希望上課時段				
<input type="checkbox"/> 有，診斷障別為 _____	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 公/私立幼兒園_____班			<input type="checkbox"/> 音樂 <input type="checkbox"/> 藝術			週四				
<input type="checkbox"/> 無，檢附診斷證明	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 早療機構_____			<input type="checkbox"/> 舞蹈 <input type="checkbox"/> 戲劇			: ~ :				
	<input type="checkbox"/> 國小_____年級											
	<input type="checkbox"/> 國小緩讀 <input type="checkbox"/> 尚未入學											
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 80 萬以下)	父： <input type="checkbox"/> 本國 <input type="checkbox"/> 外籍(國別___): _____ 母： <input type="checkbox"/> 本國 <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： 住家： 公司：							姓名：_____ 與兒童之關係：_____					
檢附資料	1. <input type="checkbox"/> 最近三個月內戶籍謄本正本(記事不可省略) 2. <input type="checkbox"/> 案主有效身障證明(手冊)或診斷證明書影本(評估報告書) 3. <input type="checkbox"/> 本會兒童身心發展自填表(表 2) 4. <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶證明影本 5. <input type="checkbox"/> 領取身心障礙者津貼公文影本 6. <input type="checkbox"/> 房租租賃契約或房貸繳交扣款證明影本 7. <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											
補助對象	具中華民國國籍，申請時年滿 3 歲至 15 歲以下之自閉症、智障、多障、發展遲緩、注意力缺陷損暨過動症和情緒障礙之兒少，家庭具縣市政府核發之當年度低收入/中低收入戶證明/家庭年收低於 80 萬，可提出申請。											
補助說明	申請經本會審核通過者，經初評合適上課且媒合課別和時段，始提供每/雙週乙次表達性藝術治療課程。由與本會簽約合作之院所提供年滿 3 歲-15 歲以下兒童暨青少年音樂、藝術、舞蹈和戲劇課。課程依家庭經濟資格給予全額、半額或部分減免，確認上課日期後，請在上課日起一週內繳匯保證金 2 千元。上課規範內容(表 3)。補助年限以 2 年為限。											
申請流程	填寫及備妥資料(普通掛號郵寄至本會)→7 個工作天審核並通知家長結果→(符合者)媒合上課地點與初評→上課時段能配合者,定期每/雙週來上課,依本會審核資格予以補助。【本課程至 111 年 12 月,下一年度則視募款狀況及師資人力評估是否繼續提供此課程。】 *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。											
備註	本會經費皆來自社會大眾愛心,使用者請珍惜此資源。											

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 (近捷運松山新店線-台北小巨蛋站 3 號出口)

電話：(02)2577-0887/*212 邱社工師 /*217 林社工 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

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)

小朋友出生至今的健康醫療史：(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在每個年齡較重要或重大的事件)

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：(較詳細的敘述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)

申請表達性藝術治療課程的原因與期待：

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

每月可請事假乙次，但須提前至少 2 天(不含上課日當天及週六日)，例如：週五上課，最晚需在當週三下午 6 點前完成請假。當月若產生第 2 次事假，該堂課費用由家長自費。

病 假

因小朋友生病，可於當日早上的 9 點至上課前 3 小時來電請假。若因病況嚴重(如:腸病毒等)，需請假超過 2 週(含)以上，請務必來電說明病名及請假週數。

無故缺曠課

無任何原因未出席或未在上述規定時限內完成請假，視為缺曠課，該堂缺席課程的費用，由家長自行負擔。

遲 到

40 分鐘課程遲到超過 5 分鐘、60 分鐘課程遲到超過 10 分鐘，該堂課費用由家長自行負擔。上述上課時數皆含會談時間約 10 分鐘。

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，再由治療師評估是否准假。

補 課

依本會請假規定請事、病假(由治療師評估是否需補課)。無故缺曠課之自費，不提供補課。

若產生上述自費狀況，請將費用於下次上課時繳交予協會，此費用不開立收據。

如一季三個月請假達 3 次時，本會將討論是否保留上課名額或再予乙次上課機會(家長得繳交保證金 2 千元)。★一季是指 1-3 月、4-6 月、7-9 月及 10-12 月。

★會內藝術療育課費用表如下，費用若有變動，請依協會公告為主。★	
藝術療育課	個別 60 分鐘(含會談 10 分)
自 費	1,500 元

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本專案結束時，請家長於最後乙次上課日，現場辦理退回手續。若為家長自行停止療育課程之情況，保證金不予退還。

★請假方式：

兒慈協會電話 02-2577-0887 *212 邱社工、217 林社工 (平日上午 9-下午 6 點)

兒童創作/課程影像使用授權

本會大門口和兒童上課區設有監視器，遇重大事件得調閱外，影像不做它用。在課程進行中，藝術治療師會對兒童之作品或在上課過程中，進行拍照或攝影。除了治療師提供予本會之定期書面報告和接受專業督導時使用外，其他對外使用之照片或影像檔，對於兒童的姓名或臉部，將被保護不露出，相關照片或影片之用途如下，請勾選您同意使用的事項：

- 協會推廣或對外募款
- 協會為了解個案課程前、後之差異而進行不定期課程紀錄。
- 專業期刊的發表或書籍的出版
- 專業研討會的演講或工作坊
- 教學與研究之用
- 以上皆同意
- 以上皆不同意

本會提供之補助款非公部門所補助，皆由愛心社會大眾捐款或愛心資助人所匯集而成此資源，本規範製訂之主要目的是希望接受補助之成員--尊重自己、團體成員和治療師。持續規律出席，治療才會有較顯著的效果，盼大家珍惜此資源。

本人已詳細閱讀『社團法人中華民國兒童慈善協會 學齡前藝術療育課程上課規範』並願意遵守相關規定。對於保證金退還規定也清楚瞭解。

家長簽名：_____

簽立日期： 112 年 _____月_____日

個人資料蒐集、使用同意書

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家長及本會。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 112 年 月 日