**附件四**

**臺中市政府及所屬機關學校主管人員轉介個案申請表**

|  |
| --- |
| **第一欄 轉介單（本欄由主管人員填寫個案轉介相關資訊）** |
| 1. **轉介單位：**

單位名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 職 稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 主管姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 連繫電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1. **轉介個案資訊：**

性別：□男 □女轉介主題：□工作壓力 □工作態度 □自我傷害 □財務困擾 □法律困擾 □心理健康 □其他\_\_\_\_\_緊急介入程度： □輕度（個案生活與工作表現尚處可接受範圍內，惟需多給予關懷與協談介入）。 □中度（個案已受問題干擾到生活與工作表現）。 □重度（問題嚴重影響到個案本身及他人，須緊急介入處理）。1. **填寫日期： 年 月 日** **主管簽名：**
 |
| **第二欄 接案單（本欄由EAP服務人員填寫開案與結案相關資訊） 表單編號：** |
| 1. 主管派案日期： 年 月 日
2. 聯繫主管日期： 年 月 日
3. 分案情況：

□符合開案資格，安排\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_EAP服務人員接案。□不符合開案資格，提供相關資源轉介。1. 預約EAP服務人員日期： 年 月 日
2. 服務地點：
3. 個案代碼：
4. □開案： 年 月 日（第一次服務）

□結案： 年 月 日，服務總次數： 次，服務總時數： 小時。 1. EAP服務人員簽章：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |