苗栗縣身心障礙者鑑定暨需求評估異議書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  異基 本  議資 料 人欄 | 姓 名 |  | 填寫日期 | 年 月 日 |
| 出生年月日 |  | 障礙類別 |  | 障礙等級 |  |
| 身分證字號 |  |
| 住址 |  |
| 公文送達住址 |  |
| 連絡電話 |  |
| 異議事項 | □身心障礙類別/等級異議複檢(請送衛生局審核)□福利與服務需求評估異議複評(送社會處審核) □行動不便者認定(檢附診斷證明書及相關佐證資料) **註：行動不便者之評估指標係考量身心障礙者行走至指定短距離目的之活動能力。** □搭乘大眾運輸工具及必要陪伴者認定 □休閒文康活動必要陪伴者認定□個人照顧服務□家庭照顧者支持服務  |
| 異議理由 | □請說明異議理由： |
| 受理單位審核 | 承辦人 | 單位主管 |
|  |  |
| 審核 | □維持原核定結果 |
| □建議撤銷原核定結果，核列□行動不便者認定  □搭乘大眾運輸工具及必要陪伴者認定 □休閒文康活動必要陪伴者認定 |
| 理由如下： |
| 審核單位核章 | 承辦人 | 科長 | 單位主管 |
|  |  |  |