

臺東縣 112 學年度高級中學身心障礙學生鑑定實施計畫

壹、依據：

- 一、特殊教育法第 16、17 條。
- 二、身心障礙及資賦優異學生鑑定辦法。
- 三、臺東縣 113 年度特殊教育工作計畫。

貳、目的：維護學生受教權，落實身心障礙學生教育評量與鑑定工作，使特殊教育學生獲得適切之特殊教育服務及福利措施。

參、指導單位：教育部

肆、主辦單位：臺東縣政府

伍、承辦單位：臺東縣政府教育處

陸、協辦單位：國立臺東高級商業職業學校

柒、辦理類別：學習障礙、智能障礙、情緒行為障礙

捌、申請鑑定對象：

- 一、**新提報個案**：從未接受過本縣身心障礙鑑定者，或至少在 2 年前曾接受過身心障礙鑑定，且鑑定結果為『非身心障礙學生』，惟教師仍覺得學生在學習上有顯著困難者。
- 二、**跨階段重新鑑定個案**：於國民中學階段被鑑定為確認「學習障礙」、「智能障礙」以及「情緒行為障礙」者，於高級中學學習階段應接受跨階段重新鑑定。

玖、鑑定申請注意事項：

一、申請方式：

- (一) 由符合鑑定辦法之學生的家長或監護人向學生就讀學校（或相關辦理輔導業務人員）提出申請。
- (二) 由班級導師經家長同意向學校提出申請。
- (三) 鑑定流程：詳如附件 1。

二、申請內容：

- (一) 學生家長提出本鑑定申請時，各校輔導室及導師應和家長充分溝通，協助家長瞭解本鑑定相關事宜。**【臺東縣特殊教育需求鑑定家長同意書及問卷】**（附件 4）須具備家長簽名。
- (二) 本縣辦理高級中學身心障礙鑑定工作，以每年辦理 1 次為原則，若有鑑定需求，於每學年度下學期開學時，由就讀學校向本縣特教資源中心提出申請。
- (三) 本縣高級中學身心障礙鑑定工作委請國立臺東高級商業職業學校協助辦理，申請鑑定所需提報資料由特教資源中心和協辦單位連繫後，請學生就讀學校提供。

(四) 送件學校請彙整全校【學障(智障)鑑定申請團體清冊】(附件5)並經校長核章，連同提報鑑定所需資料裝袋，於收件時繳交。

(五) 鑑定結果經研判、鑑輔會審議通過，經本府核定後函知學校，請學校確實通知家長並進行安置輔導。

拾、鑑定結果通知：經鑑輔會通過審議證明後，函文鑑定結果及線上接收。

拾壹、經費：由本府年度預算相關經費項下支應。

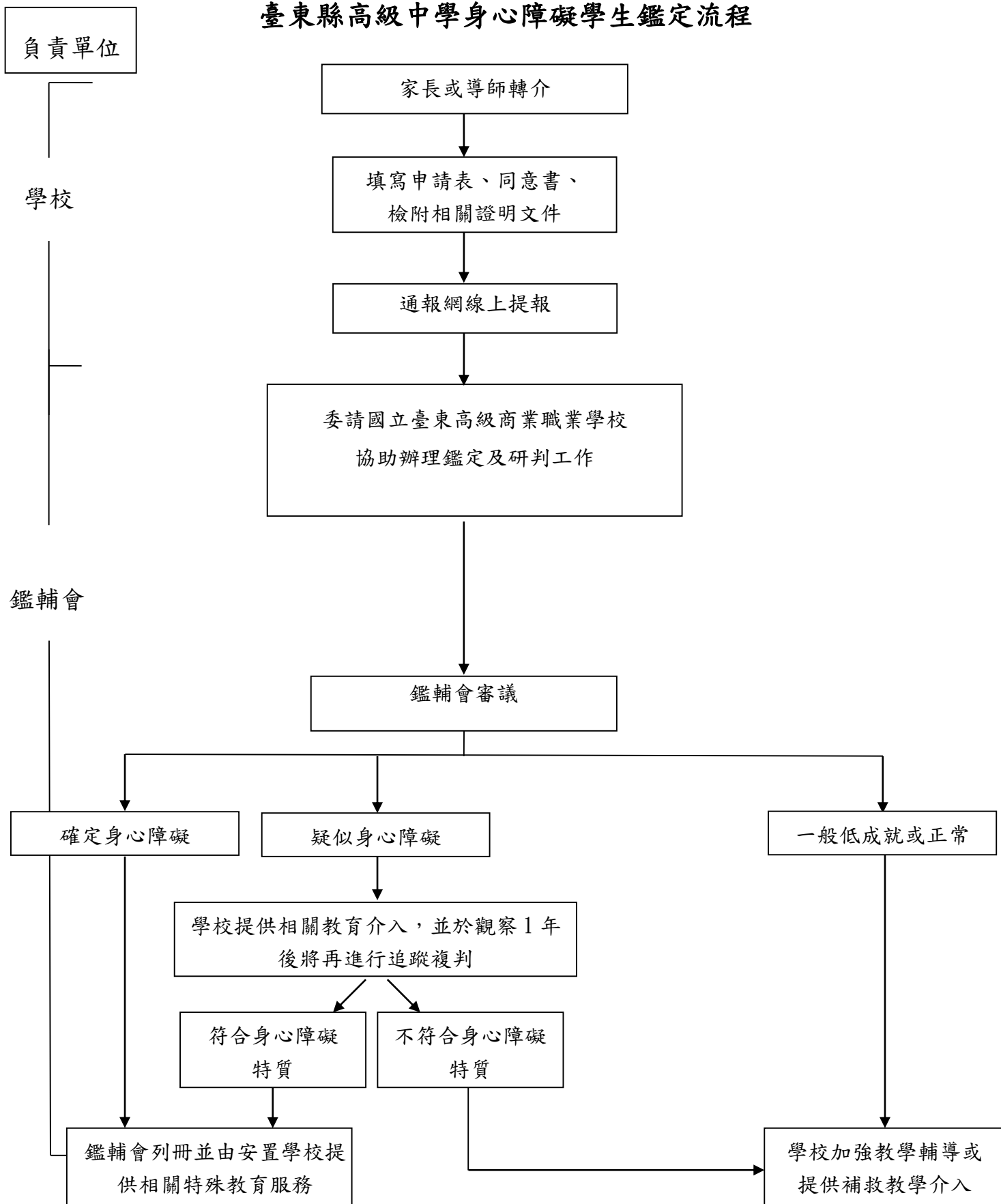
拾貳、獎勵：辦理本計畫績優之工作人員獎勵部分，依本縣教育專業人員獎懲實施辦法辦理敘獎。

拾參、本計畫如有未盡事宜，悉依現行相關規定辦理並得隨時補充之。

拾肆、本計畫奉核後公布實施，修正時亦同。

(附件 1)

臺東縣高級中學身心障礙學生鑑定流程



(附件 2)

臺東縣高級中學 112 學年度身心障礙學生鑑定申請手冊

一、學生鑑定申請表

編號：

填表日期： 年 月 日

※下表由申請學生之家長（或監護人）及就讀學校共同填寫並核章。

學生基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	出生日期	年 月 日	身份證字號			
	就讀學校	高級中學	外籍配偶子女	<input type="checkbox"/> 是：國籍_____ <input type="checkbox"/> 否		
	就學狀況	年級	原住民籍	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	就學類型	<input type="checkbox"/> 未接受特殊教育 <input type="checkbox"/> 接受特殊教育（ <input type="checkbox"/> 資源班 <input type="checkbox"/> 自足式啟智班 <input type="checkbox"/> 自足式啟聰班 <input type="checkbox"/> 其他_____）				
	戶籍住址					
	現在住所					
	個案類別	<input type="checkbox"/> 學習障礙個案 <input type="checkbox"/> 智能障礙個案 <input type="checkbox"/> 情緒行為障礙個案				
家長或監護人資料	家長/監護人姓名		職業		與學生關係	
	聯絡電話	O：() _____ H：() _____ 行動電話： _____				
檢附證件	<input type="checkbox"/> 家長同意書及問卷 <input type="checkbox"/> 戶口名簿（或戶籍證明文件）影本					

※注意事項：所有繳交資料請以 A4 格式彙整，請「依項次」排序及裝訂。

臺東縣特殊教育需求學生鑑定安置說明

親愛的家長您好：

我們在校園的學習及活動程中發現貴子弟 可能需要更多的專業協助。為了讓老師可以更認識孩子，且依照孩子的特質提供合適的教學及服務，因此臺東縣特殊教育學生鑑定及就學輔導會(以下簡稱鑑輔會)敦聘縣內心評教師為孩子進行一些測驗，期望透過評量鑑定的過程，發現孩子的學習需求及發展優勢，以實施更合適的教學方法並為其學習調整，讓孩子可以發展得更好、學習更順利。

在鑑定過程中，您擁有以下權利

- (一) **知的權利**：學校或評估老師應向您提供關於本縣鑑定安置的目的及程序、會議時間與相關細節等資訊。
- (二) **決定的權利**：決定是否提出鑑定以及邀請哪些人員陪同您出席會議。
- (三) **參與的權利**：您有權參與過程中任何會議與討論。
- (四) **申訴的權利**：在評估過程中，如遇到任何損及您與孩子權益的問題，或是您不同意鑑定的結果，都可以依程序提出申訴。

這個鑑定將不會造成孩子身體或心理的傷害，也不致於影響在校的學習進度。我們在完成鑑定之後，將會與您報告鑑定結果、提出我們的建議，並徵詢您的意見。

如果您同意以上的安排，麻煩您填妥同意書後繳回。如果孩子曾經接受相關的鑑定，請一併在同意書上告訴我們，謝謝您的合作。最後敬祝

平安順利

臺東縣特殊教育學生鑑定及就學輔導會 啟

中 華 民 國 年 月 日

(附件 4) 請將回條填妥，讓孩子帶回學校交給導師，謝謝您。

臺東縣特殊教育需求鑑定家長調查表及同意書

鑑定學年	112	編號	(特教中心填寫)		
提報學校	_____高中	年級			
一、基本資料					
身分證字號		姓名		性別	
出生年月日		主要聯絡人		關係	
※社工服務 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，社工：_____(姓名/服務單位)_____					
二、醫療健康史					
食物過敏	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	食物名稱：			
藥物過敏	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	藥物名稱：			
特殊疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(<input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 蠶豆症 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 癲癇)			
	<input type="checkbox"/> 其他：				
定期服用藥物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	藥物名稱			
二、醫療評估紀錄(無則免付)					
<input type="checkbox"/>	身心障礙證明(需附影本)				
	障礙類別		障礙等級		
	鑑定日期		重新鑑定日期		
<input type="checkbox"/>	醫療院所診斷證明(需附影本)				
	醫院名稱		醫院證明開立日期		
	診斷結果				
四、撤銷特教身份及放棄特教服務原因：(無則免填)					
※家長及校方經討論後若決定放棄特教身份及特教服務，請家長於下方同意書勾選不同意，由校方彙整與家長的溝通、討論歷程後填入本表(簡要文字敘述 350 字內)					

特殊教育需求學生鑑定安置同意書

本人經學校說明後已充分瞭解孩子接受鑑定之原因、目的及相關權利義務，並已詳細閱讀及填妥同意書之各項資料，茲 同意 不同意 敝子弟_____接受「臺東縣政府特殊教育學生鑑定及就學輔導會」實施鑑定評量與安置所需之各項評量工作。

如經臺東縣政府特殊教育學生鑑定及就學輔導會確認為特殊教育學生，同意接受特殊教育通報系統建檔與相關特殊教育服務。

法定代理人或監護人(家長)簽章：_____ 日期：中華民國_____年_____月_____日

業務承辦人：

單位主管：

校長：

