

114 年精神障礙者同儕支持員訓練計畫 徵求同儕支持員實習之免費【服務體驗者】

「同儕支持員」是指具有身心障礙身分的人，透過自己的經驗分享，引導、支持其他一樣有障礙身分的人。同儕支持是身心障礙者自立生活服務的重要一環，也是政府法定應提供的服務項目之一。

台灣社會心理復健協會以創新職業訓練模式，辦理「精神障礙者同儕支持員」培訓課程，當中有 20 小時的實習課程。我們希望徵求志願成為同儕支持員實習之「服務體驗者」，每位「服務體驗者」由實習生提供最多 20 小時支持服務，協助「服務體驗者」規劃及完成自己的小小目標，不僅實習生能藉此完成訓練，「服務體驗者」也有初體驗，在未來申請使用政府自立生活服務時，更了解同儕支持服務的內容。

主辦單位： 台灣社會心理復健協會

補助單位： 萬海航運慈善基金會
WAN HAI CHARITY FOUNDATION

 衛生福利部心理健康司
Ministry of Health and Welfare



一、 徵求人數與報名資格：

1. 至多 25 名身心障礙者
2. 領有身心障礙證明，以精神障礙者為優先
3. 領有健保重大傷病卡(診斷書者) 之精神障礙者。

※ 歡迎本會精神障礙者社會融合與自立生活支持中心會員報名。

二、 服務體驗內容：

1. 期間：4 月中至 11 月 (分兩階段進行)
2. 時數：依「服務體驗者」自立生活需求，由「實習生」提供最多 20 小時的支持服務。
3. 方式：由「服務體驗者」及「實習生」共同約定日期、時間，並於時數之內，雙方完成同儕支持服務「體驗」及「實習」。

三、 注意事項：

1. 本項服務**免費**，報名後請主動來電確認是否報名成功。
2. 本會將評估人數與居住區域，進行媒合並通知媒合成功。請等候通知～
3. 於實習結束後，「服務體驗者」需填寫【意見回饋表】。

四、 報名方式：

1. 報名期限：自即日起。
2. 線上報名：請點選下方網址或掃描右邊 QR CODE
<https://forms.gle/B6QvkVCBQkjf4Hbq6>



3. 填寫第 3 頁【報名表】，郵寄至台北市中正區青島東路 7 號 2 樓之 6，
或傳送至以下電子郵件

聯絡人：林恩淇 電話：02-23915908 分機 11 傳真：02-2391-3995
電子信箱：debbie@tapsr.org.tw

台灣社會心理復健協會																																			
114 年 同儕支持員實習之免費〔服務體驗者〕報名表																																			
1. 姓名		2. 性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 其他：_____																																
3. 出生年		4. 工作狀態	<input type="checkbox"/> 無工作 <input type="checkbox"/> 有工作																																
5-1 可以配合實習時間(請勾選)		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>一</td> <td>二</td> <td>三</td> <td>四</td> <td>五</td> <td>六</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>上午(09:00-12:00)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>下午(13:00-18:00)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>晚間(18:00-20:00)</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		一	二	三	四	五	六	日	上午(09:00-12:00)	<input type="checkbox"/>	下午(13:00-18:00)	<input type="checkbox"/>	晚間(18:00-20:00)	<input type="checkbox"/>	5-2 可以接受視訊 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 5-3 其他(補充說明)：_____																		
	一	二	三	四	五	六	日																												
上午(09:00-12:00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
下午(13:00-18:00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
晚間(18:00-20:00)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																												
6. 居住地	範例 台北市/中正區 (若居住康復之家請註明)																																		
7. 障礙類別	※ 以精神障礙為優先 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明 障礙類別：_____或 ICD 診斷：_____ 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度/ <input type="checkbox"/> 中度/ <input type="checkbox"/> 重度/ <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 領有重大傷病卡 (或診斷書) 重大傷病/診斷書病名：_____																																		
8. 聯繫方式	市內電話																																		
	手機電話																																		
	電子信箱																																		
9. 請填寫個人報名參與〔服務體驗者〕的期待																																			
10 其他	<input type="checkbox"/> 我是協會精神障礙者社會融合與自立生活支持中心會員 <input type="checkbox"/> 其他想說的事情：_____ _____																																		

歡迎您加入 精神障礙者社會融合與自立生活支持中心 臉書粉絲專頁

