

臺北市政府教育局 函

地址：11008臺北市市府路1號8F  
承辦人：黃淑娟  
電話：2725-6344  
傳真：8788-4137  
電子信箱：10526@mail.taipei.gov.tw

受文者：臺北市中山區中山國民小學

發文日期：中華民國103年4月15日  
發文字號：北市教特字第10334756100號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：103年視障學生綜合服務計畫及其申請表各1份(34756100A00\_ATTCH1.docx、34756100A00\_ATTCH2.docx)

主旨：轉知全國教師工會總聯合會與秋圃文教基金會合作辦理「103年視障學生綜合服務計畫—諮詢、評估、課後補救教學、生活自理能力訓練」一案，請查照。

說明：

- 一、依據全國教師工會總聯合會103年4月10日全教總特字第1030000116號函辦理。
- 二、全國教師工會總聯合會為協助視障學生諮詢服務，各教育階段視覺障礙學生之教師、本人及家長，若對於視障學生之生活自理、教育、實習及生涯等各類問題均可透過全國教師工會總聯合會電話及網路進行諮詢。
- 三、另旨揭計畫所需之經費由秋圃文教基金會提供，並由全國教師工會總聯合會協助執行，亦針對一般學校的視障學生提供課業輔導、生活技能訓練課程，詳見服務計畫及申請表如附件。
- 四、檢附旨揭103年視障學生綜合服務計畫及其申請表各1份。

正本：臺北市政府教育局所屬公立各級學校（臺北市立啟聰學校除外）、臺北市私立各

級學校

副本：臺北市立啟明學校 視障教育資源中心

2014-04-15  
交 15 換 35 章

電子王秋婷  
收 支

擬定：

敬會

1. 公告周知

特教班

2. 轉專知特教班

資源班老師知悉

資源班

教師兼  
特教組長張瑋玲

0416/1552

裝



訂

線



# 全國教師工會總聯合會、秋圃文教基金會

## 103 年視障學生綜合服務計畫—諮詢、評估、課後補救教學、生活自理能力訓練

主辦單位：全國教師工會總聯合會、財團法人秋圃文教基金會

### 壹、計畫緣起：

普通班級的視障學生學生多為使用視覺者，教師授課幾用聽覺和視覺型式，加上必要時之肢體操作型式。

視障生和教學者之間的教與學有其特殊性，學生靠聽覺聆聽教師的指導語、教師靠視覺觀察學生手部操作時顯現的意念，在視覺無法分開注視其他學生情況下，視障學生又必須在視覺型態學習下，考量單元學習中哪一個學習目標，需要教師一對一教學使用觸覺型學習，就是視障學生的特殊需求。視障學生倘若事先經過一對一用觸覺教學建立概念後，在原班級學習時使用聽覺即可理解〈當然不包含教學教師臨時所呈現視覺圖形〉。

現行補救教學計畫或方案礙於經費之考量，無法提供一對一的教學，目前社會捐助的課後補救教學亦無法提供一對一教學。視障學生透過觸覺加上多重感官學習建立概念後，有不容易忘掉的特性成為帶得走的能力，成就視障學生具有盡可能獨立、競爭力和回饋社會的能力。本計畫透過兩民間社團共同合作模式，一提供資源一提供專業，協助並支援學校視障學生的教師一起為視障生努力。

### 貳、計畫目的

- 一、提供各教育階段視障學生之相關教師或人員在發展視障學生教育計畫方向諮詢。
- 二、提供就讀一般學校高中以下視障生課後相關課程訓練，提升學習成效及生活獨立能力。
- 三、提供視障學生及其教師、家長對視障生未來發展的諮詢。

### 參、計畫內容

一、提供各教育階段視障學生任課教師的諮詢：每位視障生的教師都希望學生能有好的學習成效，提供老師在視障教育或資源運用上的諮詢服務。諮詢方式如下：

1. 電話諮詢服務：每周三下午 13：30~17：30，諮詢專線 02-25857528#207 謝曼莉老師
2. 網路諮詢服務：請進入全國教師工會總聯合會網站 (<http://www.nftu.org.tw/>) 右側 視障學生服務計畫 → 登入姓名及 E-mail → 將諮詢問題填妥後送出，將會有專人儘速回覆。

※即日起開始實施

二、提供各教育階段視障學生教育、生活自理技能評估：視覺障礙學生在學習上的個別需求差異大，評估的結果將影響後續服務的計畫，提供有經驗的評估供相關教師參考及討論。

三、提供一般高中以下學校之視障學生課後教學及生活自理技能訓練：視障學生在學齡階段透過特殊的學習方式建立學科和生活自理操作基礎概念，為發展更高層次的學習，提供視障學生一對一的課後學業或生活自理能力教學。可由特教教師、級任老師或國語文、數學、英語、自然與生活科技、社會等學習領域任課教師提出申請。

1. 服務對象：必須是經特殊教育學生鑑定及就學輔導會(以下簡稱鑑輔會)鑑定為視覺障礙學生，沒有接受政府或其他團體相關服務者。其有下列狀況越多者優先服務：

(1) 中、低收入戶。

(2) 家庭有特殊境遇：

a、主要照顧者是中度或重度視障者。

b、單親(家中另有其他子女需要照顧)。

c、隔代教養或新移民(主要照顧者執行指導方法有明顯之困難)。

(3) 一般學校高中以下之視障學生(國小教育階段優先考量)。

(4) 在獨立行動上有安全顧慮，或生活自理上需他人協助者。

(5) 學生學習意願高，且經評估非智能損傷，有學習潛能者。

※課程內容及輔導時數須經評估後決定。

2. 申請時間：

第一階段：103年4月15日至5月15日截止

第二階段：103年9月1日至9月30日截止

四、提供各教育階段視障學生升學及生涯諮詢：視障學生在升學考試的應考服務影響考試成績，職業類科系所選擇影響未來的職涯發展，提供視障學生的優勢能力和潛在就業市場的了解。

#### 肆、專業提供者及實施方式

一、諮詢、評估、教學：各學科領域教師、視障教育專長特教教師、特教教師、符合內政部所訂資格之視障生活重建專業人員、具視障職業重建經驗相關專業人員。

二、教學及支持內涵：經專業評估後免費採一對一方式進行補救教學或訓練，以上應與個別化教育計畫(IEP)相關服務相結合。

三、補救教學實施時間：於課後時間或寒暑假進行外加式補救教學或訓練。

四、補救教學實施科目：國語文、英語、數學、自然、社會、生活自理能力訓練，並針對定向訓練提供評估及資源連結。

五、教學科目及時數：經評估後依實際需要決定之。

伍、執行期間：103年1月1日至103年12月31日。

視覺障礙學生課後課業輔導、生活自理技能訓練申請表

申請日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

填表說明：第二部分請就您所知填寫。

第一部分：聯絡人資料

學校全名				
聯絡人	校址： 市 區			
聯絡人電話	傳真號碼	E-MAIL		

第二部分：視障學生基本資料

以下視障學生資訊請盡量就您所知填寫，將有助於協助者了解利於與教師討論，謝謝！

學生年級 (勿填姓名)	
障礙手冊/ 證明	障礙類別： <input type="checkbox"/> 視覺障礙 程度： <input type="checkbox"/> 多重障礙 程度：
醫學診斷/ 障礙現況描述	(請填寫與障礙有關的醫學診斷、疾病名稱如：視網膜病變、視神經、青光眼...) <input type="checkbox"/> 不清楚
致障時間/致 障原因	<input type="checkbox"/> 先天，請說明原因：_____ <input type="checkbox"/> 後天，時間：__年__月，請說明原因：_____ <input type="checkbox"/> 不清楚
是否合併其他 障礙	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是， <input type="checkbox"/> 先天，請說明原因：_____ <input type="checkbox"/> 後天，時間：__年__月，請說明原因：_____ <input type="checkbox"/> 不清楚
醫療情形	<input type="checkbox"/> 目前沒有接受醫療服務 <input type="checkbox"/> 眼睛曾開過刀，幾歲：_____ <input type="checkbox"/> 目前有固定吃藥(原因：_____) <input type="checkbox"/> 目前有定期門診(頻率：____；醫院：____；原因：_____) <input type="checkbox"/> 目前有定期復健(頻率：____；醫院：____；原因：_____) <input type="checkbox"/> 不清楚
學校日常生活 獨立程度	1、生活自理獨立程度操作方式〈可複選〉 <input type="checkbox"/> 需他人協助(部分協助或全部協助皆可勾選)： (協助內容： <input type="checkbox"/> 穿脫衣 <input type="checkbox"/> 清潔工作 <input type="checkbox"/> 上廁所 <input type="checkbox"/> 用餐 <input type="checkbox"/> 收納 <input type="checkbox"/> 付錢或找零 <input type="checkbox"/> 其它：_____) <input type="checkbox"/> 完全獨立不需他人協助

	<p>2、校園內行動獨立程度〈可複選〉</p> <p><input type="checkbox"/> 需協助：</p> <p>協助者：<input type="checkbox"/> 教師 <input type="checkbox"/> 助理員 <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 志工 <input type="checkbox"/> 愛心媽媽 <input type="checkbox"/> 其他_____</p> <p>使用輔具：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 白手杖 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其它：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 不需協助</p> <hr/> <p>3、校園外行動獨立程度〈可複選〉</p> <p><input type="checkbox"/> 需協助：</p> <p>協助者：<input type="checkbox"/> 教師 <input type="checkbox"/> 助理員 <input type="checkbox"/> 同學 <input type="checkbox"/> 志工 <input type="checkbox"/> 愛心媽媽 <input type="checkbox"/> 家人 <input type="checkbox"/> 其他_____</p> <p>使用輔具：<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 白手杖 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其它：_____</p> <p><input type="checkbox"/> 不需協助</p> <hr/> <p>4、讀寫與溝通方式〈可複選〉</p> <p>閱讀：<input type="checkbox"/> 國字 <input type="checkbox"/> 點字 <input type="checkbox"/> 語音（人工/機器報讀） <input type="checkbox"/> 其他_____</p> <p>書寫：<input type="checkbox"/> 國字（紙筆） <input type="checkbox"/> 國字（鍵盤輸入法_____） <input type="checkbox"/> 點字</p> <p>輔具：<input type="checkbox"/> 放大軟體 <input type="checkbox"/> 放大鏡 <input type="checkbox"/> 擴視機 <input type="checkbox"/> 錄音機（mp3） <input type="checkbox"/> 電腦</p> <p><input type="checkbox"/> 語音報讀軟體〈導盲鼠；NVDA；JAWS〉 <input type="checkbox"/> 點字機/板</p> <p>通訊：<input type="checkbox"/> 家用電話 <input type="checkbox"/> 手機_____ <input type="checkbox"/> 電腦_____ <input type="checkbox"/> 其他_____</p>
申請項目	<p><input type="checkbox"/> 課後課業輔導</p> <p><input type="checkbox"/> 課後生活自理技能訓練</p>

\*本表填寫完畢請 E-MAIL：[lilyshiehla@gmail.com](mailto:lilyshiehla@gmail.com)

或 FAX：02-25857559 蕭德恩小姐，並來電 02-25857557#305 確認。

\*本件請呈視障學生導師、特教組長、輔導主任或教務主任、校長核可。

導師：

特教組長：

輔導主任或教務主任：

校長：