

正本

檔 號：
保存年限：

臺北市政府社會局 函

10075
臺北市中正區寧波西街62號3樓

地址：11008臺北市信義區市府路1號
承辦人：周怡秀
電話：2758-2856

受文者：中華民國自閉症總會

發文日期：中華民國103年5月14日
發文字號：北市社障字第10337374000號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：臺北市特殊教育學生天星學園試辦計畫、臺北市天星學園試辦計畫學生轉介申請表各1份

主旨：為協助本府教育局推廣「臺北市特殊教育學生天星學園試辦計畫」一案，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依本市教育局103年5月6日北市教特字第10335119900號函辦理。
- 二、旨揭計畫係協助特殊教育學生克服身心障礙衍生之適應問題，提供回歸學校教育之過渡教育環境；服務對象為本市國小五年級至國中九年級，經評估在校有嚴重適應困難之在學學籍學生。貴單位提供相關服務時，若發現家中有符合「天星學園試辦計畫」之學生，請主動告知家庭可向學生就讀學校提出申請。
- 三、隨函檢附旨揭計畫書及申請表各1份，如對本項計畫有任何疑問，請洽本府教育局特教科承辦人陶文華，連絡電話：1999(外縣市請撥02-27208889)轉6345洽詢。

正本：中華民國自閉症總會
副本：

局長 王 浩

陳長新



著 道 身 佩

◎收件編號(勿填):

◎評估編號(勿填):

臺北市天星學園試辦計畫學生轉介申請表

申請日期	年 月 日	轉介學校		學校電話	
學校地址	【 】區				
轉介學校 聯絡人		職 稱		e-mail	
個案姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
教育階段		年 級	班 別	<input type="checkbox"/> 資源班 <input type="checkbox"/> 特教班 <input type="checkbox"/> 特教學校	身分證 統一編號
戶籍住址			家長姓名		家長電話
鑑輔會 證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，身份類別： <input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 疑似 <input type="checkbox"/> 非特教生 類別：_____ 類型：_____			鑑定日期	年 月 日
身心障礙 手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，類別：_____ 嚴重程度：_____			有效日期	年 月 日
身心障礙 證明	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，障礙類別：_____ ICD 診斷：_____			有效日期	年 月 日
醫學診斷 結果	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，診斷結果：_____			醫學診斷 日期	年 月 日
藥物使用	<input type="checkbox"/> 無				
	<input type="checkbox"/> 有	藥物使用 起迄時間	藥 名 及 劑 量		服藥情形
學校適應 困難 主要原因					
學校對於 轉介目標 (期待) 家長免填					
家長申請 轉介原因 (如無則 免填)					
家庭對於 學園期待					

曾試過的處理方式與結果 (如醫藥、教育、行為處理...等)	學校	<input type="checkbox"/> 蒐集相關資訊(如：行為觀察、訪談)：_____
	學校	<input type="checkbox"/> 課程與教學(如：小團體課程、社交技巧課程)：_____
	學校	<input type="checkbox"/> 調整物理環境(如：座位安排、班級規範調整)：_____
	學校	<input type="checkbox"/> 調整社會心理環境(特教宣導、同儕輔導、增進學習動機、自信心)：_____
	學校	<input type="checkbox"/> 策略擬定與執行(如：行為問題介入方案、契約、標準化處理流程、個別輔導)：_____
	學校	<input type="checkbox"/> 提供資源與資訊(如：陪同就醫、申請心理師、社工個案、親職教育研習)：_____
	學校	<input type="checkbox"/> 其他：_____
	家庭	<input type="checkbox"/> 醫療：_____
	家庭	<input type="checkbox"/> 家庭活動調整：_____
	家庭	<input type="checkbox"/> 配合學校諮詢建議：_____
	家庭	<input type="checkbox"/> 其他：_____

曾轉介臺北市情緒行為問題專業支援團隊嗎？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	支援老師姓名	個案編號	(請勿填寫)
曾轉介轉介六合學苑？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	支援老師姓名	個案編號	(請勿填寫)

檢附文件：(所檢附的資料請在中勾選)

() 學年度第 () 學期的 IEP (含行為功能介入方案及行政支援) 鑑定安置摘要表
 醫師診斷證明影本 身心障礙手冊(證明)影本 鑑定證明或鑑定結果通知書
 個案會議紀錄 輔導紀錄 學校特殊教育推行委員會紀錄
 其他：_____

填表人(簽章)	父及母或法定監護人(簽章)	特教組長或特教業務承辦人(簽章)	處室主管(簽章)	校長(簽章)

《以下由評估小組填寫》	
收件日期	年 月 日
	個案編號： _____ 收件者簽章： _____
評估結果	結果： <input type="checkbox"/> 受理 <input type="checkbox"/> 不受理，原因： 建議： <input type="checkbox"/> 轉介專業支援團隊 分案日期： _____ 接案者： _____ <input type="checkbox"/> 轉介六合學苑 分案日期： _____ 接案者： _____ <input type="checkbox"/> 其他(請說明)： _____
	年 月 日

※本表如不敷使用，請自行補充說明

※請將本表正本核章後之正本送至天星學園辦理後續轉介評估事宜。聯絡電話：02-2783-4588；E-mail: taipeiskywalkerschool@gmail.com。地址：台北市南港區忠孝東路六段 465 號 B2 天星學園 收。

臺北市特殊教育學生天星學園試辦計畫

壹、目的

- 一、協助特殊教育學生克服因身心障礙衍生之適應問題，提供回歸學校教育之過渡教育環境。
- 二、藉由教育與相關專業合作，提升學校協助特殊教育學生之專業能力。

貳、依據

- 一、國民教育法第 2 條
- 二、特殊教育法第 10 條

參、辦理單位

- 一、主辦單位：臺北市政府教育局(以下簡稱教育局)
- 二、輔導諮詢單位：國立臺灣師範大學特殊教育中心
- 三、承辦單位：臺北市立芳和國民中學(東區特教資源中心)

肆、試辦期間：103 年 1 月至 103 年 12 月。

伍、服務對象：

本計畫服務對象須同時符合以下各項條件：

- 一、持有「臺北市特殊教育學生鑑定及就學輔導會」鑑定證明之學生。
- 二、具有臺北市國小五年級至國中九年級之在學學籍學生經評估在校有嚴重適應困難者。
- 三、家長、學校能配合執行介入策略。

陸、班級規模及師資配置

- 一、班級：設置 1 至 2 班。
- 二、師資：每班編制教師 3 人(含導師 1 名、專任教師 1 名，另 1 名教師得依學生需求改編鐘點費, 聘任鐘點兼任教師)，另教師助理人員、相關專業人員得視學生需求聘任。
- 三、學生數：1 班至多 10 人。

柒、學籍與成績處理

- 一、學籍管理：學生學籍仍保留於原就讀學校，並依相關規定辦理註冊，繳交註冊相關費用。如已中輟、休學者，應由家長依學校規定，返校辦妥復學手續。
- 二、成績處理：依教育部 100 年 7 月 22 日臺特教字第 1000127866 號函頒「國民

教育階段身心障礙資源班實施原則」辦理。

捌、人力配置

- 一、天星學園園務發展委員會：由教育局、學者專家、相關專業人員、東區特教資源中心及學園老師組成委員會，定期研商學園的發展與規劃。
- 二、專業督導：聘請學者專家指導學園相關工作。
- 三、教師及教師助理員配置：

項目	人力配置
特教老師（含導師）	2
兼課教師（得改編鐘點費）	以1名教師改編鐘點費，依學生需求聘任以鐘點計費之教師
專業支援教師	由東區特教資源中心情緒行為問題專業支援團隊 接案教師擔任
教師助理人員	視學生需求聘任

- 四、相關專業及其他人員：視學生需求聘任。

玖、轉介方式（流程詳如附件）

- 一、家長、教師或其他相關單位向東區特教資源中心或學籍學校特教組提出轉介需求。
- 二、透過學籍學校特教老師填寫評估之轉介單，並檢附相關評估資料、輔導紀錄、出缺席紀錄及學生個別化教育計畫送至東區特教資源中心輔導服務組（106 臺北市大安區臥龍街170號芳和國中，聯絡箱173，聯絡電話27321961轉702），以完成轉介程序。轉介表填寫說明如下：
 1. 開啟東區特教資源中心網頁(<http://www.terc.tp.edu.tw>)。
 2. 於分類清單中開啟「個案轉介說明」。
 3. 於個案轉介說明中下方下載「個案轉介申請表」。
 4. 表格填寫完成後，請提出轉介需求人員、學籍學校及家長等相關人員簽章，以聯絡箱（173）將核章後的正本送至東區特教資源中心輔導服務組以完成轉介程序。
 5. 東區特教資源中心教師於七日內聯繫。（TEL：02-27320800 轉 702）

拾、學園辦理事項：

- 一、由專業支援教師評估後視需要填寫入園申請表，並調整介入計畫，使之適用於學園。
- 二、專業支援老師與學園老師共同召開督導會議，討論調整後的介入計畫。
- 三、召開入園會議，邀請家長及學籍學校參加，研議事項如下：
 - (一)個案是否入園就讀。
 - (二)依據調整後介入計畫安排入園時間、時數及方式。
 - (三)相關單位及人員需協助的事項。
 - (四)其他相關事項。
- 四、學園個案由專業支援老師與學籍學校、家長、天星學園老師及其他相關單位合作執行介入計畫。
- 五、服務內容：
 - (一)多元評估學生特教需求。
 - (二)依據評估結果擬定以回學校學習為目標之介入計畫。
 - (三)協助學籍學校完成學生整合介入計畫之個別化教育計畫。
 - (四)與相關單位人員共同執行介入計畫，並召開會議。
 - (五)依據特殊教育課程綱要提供相關特殊教育課程與服務。
 - (六)視學生需要提供發展優勢能力之課程、親職教育、醫療資源、諮商輔導資源、家族治療資源、連結整合其他資源或轉介其他單位之服務。
 - (七)強化家長、學園與學籍學校之合作關係。
 - (八)追蹤離園回校後之適應狀況及成效。
 - (九)經評估有就醫需求者，應先配合輔導就醫至可穩定學習。
- 六、服務時間：以一年為原則，經評估後得延長。

拾壹、學籍學校配合事項

一、行政部分

- (一)學校須提供個案學生初步評估資料與相關特教輔導紀錄。
- (二)轉介學校推舉一位特教教師擔任學生個案管理老師及學園教師之連絡窗口，並與學園合作，擬定個別化教育計畫(IEP)。
- (三)學校需與學園合作，執行回校及介入計畫。
- (四)當個案學生轉學或轉換教育階段時，轉介學校得在個別化轉銜計畫

(ITP) 註明個案曾接受學園服務，俾利轉銜。

(五)個案學生經學園介入後，未能適應學園輔導協助且未能回學校者，依「臺北市國民中小學中途輟學學生通報及復學輔導實施要點」，學籍學校應通報中輟。

二、個案管理老師：

(一) 每月定期參加學園個案會議，視學生回學校學習需求，共同擬定回校計畫。

(二) 視學生需要安排每週 2 至 3 小時至學園進行教學輔導課程，如個案學生於學期中轉介，得以超時授課鐘點方式辦理，其超時授課鐘點費由轉介學校相關經費項下支應。

拾貳、經費：由教育局相關經費支應

拾參、效益評估

一、聯結特殊教育與社會資源提供統合服務，提供在校有嚴重適應困難之學生回學校前多元的學習機會，使其得以延續教育。

二、對於無法穩定上學之學生，基於積極介入的觀點，期在關鍵時期增加穩定就學的能力與學校適應的功能。

三、提供親職教育、家族治療等成長措施，增進家庭功能。