

## 輔助工具 實現有效溝通

姓名： \_\_\_\_\_ 日期： \_\_\_\_\_

地址： \_\_\_\_\_ 職業康復諮詢師： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_

電子郵件： \_\_\_\_\_

優先的援助類型：

- |                                   |                                       |
|-----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ASL 口譯員  | <input type="checkbox"/> 大印刷材料        |
| <input type="checkbox"/> 認證失聰口譯員  | <input type="checkbox"/> 盲文格式         |
| <input type="checkbox"/> 個人聽力設備   | <input type="checkbox"/> 音頻格式的材料      |
| <input type="checkbox"/> C.A.R.T. | <input type="checkbox"/> 記事器          |
| <input type="checkbox"/> 書面形式的材料  | <input type="checkbox"/> 合格閱讀器        |
|                                   | <input type="checkbox"/> 盲文 Teletouch |

其他類型的援助（註明）： \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

如果您希望提供自己的口譯員或其他輔助幫助，請在此處簽寫姓名首字母縮寫。  
但是，內華達州康復部無法確保有效的質量或提供當您選擇使用自己的輔助工具時  
進行溝通。隨後，您可以在個案期間任何時候要求並選擇使用部門提供的輔助輔助工具。

\_\_\_\_\_  
簽名

\_\_\_\_\_  
日期