**社團法人中華民國聽障人協會COVID-19**



**聽障者確診關懷專案確診者個人資料**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **身障證明正反面(請拍照)貼上去** | |
| **身分證字號** |  |
| **確診日期** |  | **確診證明** | **可用健保一卡通或是**[首頁-數位新冠病毒健康證明 (mohw.gov.tw)](https://dvc.mohw.gov.tw/vapa/apply/Index.init.ctr?openExternalBrowser=1)  **截圖** |
| **居住地址** |  | | |
| **聯絡方式** | **LINE ID:** | **手機:** | |
| **領取關懷包方式** | **□親領**  **□由志工送達上述地址** | | |

**關懷包預計在10月發送**

**請加入本會的聽障者關懷專線，將表格傳送給服務員**



**贊助單位:中國人壽、兆豐銀行、北市大同獅子會、安維斯租車公司**

