

失能身心障礙者補助使用居家照顧服務申請書

營新醫院附設護理之家

一、需要接受居家服務者基本資料

初評 複評

- 姓名：_____
- 性別：1. 男 2. 女
- 國民身分證統一編號：_____。
- 出生日期：民國(1. 前 2. 國)____年____月____日。
- 電話：_____
- 通訊地址：_____
- 戶籍地址：_____
- 身心障礙手冊證明：障別：_____ 程度：輕度中度重度極重度
- 社會福利身分別：
1. 低收入戶身心障礙者 2. 中低收入身心障礙者
3. 領取生活補助之身心障礙者 4. 一般戶身心障礙者。
- 目前是否領有政府提供之其他照顧補助費用：1. 否 2. 是
- 目前是否聘請看護幫忙照顧：1. 否 2. 是→(本籍 外籍)
- 在沒有人或工具幫助的情形下，需要服務者無法完成下列哪些活動：
1. 吃飯 2. 上/下床 3. 室內/外走動 4. 穿衣服 5. 洗澡 6. 上廁所

二、代理人基本資料

- 姓名：_____
- 國民身分證統一編號：_____
- 電話：_____
- 通訊地址：_____縣/市_____市鄉鎮_____村里_____鄰_____路街
_____段_____巷_____弄_____號_____樓
- 與需要服務者的關係或身分：_____

三、提供個人資料同意書(請擇一勾選)

- 為配合「失能身心障礙者補助使用居家照顧服務計畫」，本人同意使用居家照顧服務期間提供個人資料，由臺南市政府社會局自行或委託民間單位，進行居家照顧使用滿意度調查、需求調查等相關成效研究。
- 本人不同意前述相關事項

◎ 最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實，如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，則應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人(或代理人)簽章：_____

申請日期：_____年_____月_____日

◎ 檢附 1. 身分證、2. 身心障礙手冊或證明影本、3. 低、中低收入戶或身障津貼證明。