

臺南市長期照顧服務申請書

營新醫院附設護理之家-居家服務

一、需要服務者基本資料

申請日期： 年 月 日

- *1.姓名：_____ *2.出生日期：民國____年____月____日
- *3.國民身分證統一編號：_____ *4.電話：_____
- *5.是否為山地原住民：0.否 1.是 *6.性別： (1)男 (2)女
- *7.目前之居住狀況： (1)獨居 (2)固定與他人同住 (3)輪流與他人同住 (4)其他_____
- *8.通訊地址：_____縣/市_____市/鄉/鎮_____區_____村/里_____鄰
_____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓
- 9.戶籍地址：同上
_____縣/市_____市/鄉/鎮_____區_____村/里_____鄰
_____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓
- 10.常用語言：_____
- 11.目前是否領有身心障礙者手冊： (1)否 (2)是，障別：_____
- 障礙程度： (1)極重度 (2)重度 (3)中度 (4)輕度
- 12.社會福利身分別： (1)一般戶老人 (2)中低收入老人 (3)低收入戶老人
 (4)一般戶身心障礙者 (5)中低收入身心障礙者
 (6)低收入戶身心障礙者 (7)其他_____
- 13.目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用： (1)否 (2)是_____
- 14.目前是否就業中： (1)是 (2)否 → 有就業意願 無就業意願
- 15.目前是否住在機構： (1)否 (2)是，_____
- 16.目前是否在最近三個月內有住院（含急診經驗）：
 (1)否 (2)是，住院原因：_____
- 17.目前是否聘請看護幫忙照顧：
 (1)否 (2)是 (17a.本籍 17b.外籍) (3)申請中(17c.本籍 17d.外籍)
- 18.是否罹患疾病： (1)否 (2)是，疾病名稱：_____
- 19.欲申請服務種類：
- 1.居家服務 2.日間照顧 3.家庭托顧 4.居家喘息服務
- 5.機構喘息服務 6.居家護理 7.居家職能治療 8.居家物理治療
- 9.社區職能治療 10.社區物理治療 11.輔具購買、租借及居家無障礙環境改善
- 12.老人營養餐飲服務 13.交通接送服務 14.機構服務
- 15.密集性照護 16.其他_____

***二、代理人基本資料**

- 1.姓名：_____ 2.國民身分證統一編號：_____
- 3.電話：(H) _____ (O) _____ 手機_____
- 4.與需要服務者的關係或身分：_____
- 5.通訊地址：_____縣/市_____市/鄉/鎮_____區_____村/里_____鄰
_____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

***三、主要聯絡人資料**

- 1.姓名：_____
- 2.電話：(H) _____ (O) _____ 手機_____
- 3.與需要服務者的關係或身分：_____
- 4.通訊地址：_____縣/市_____市/鄉/鎮_____區_____村/里_____鄰
_____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

***四、提供個人資料同意書（請擇一勾選）**

- 為配合「我國長照照顧十年計畫」，本人同意使用長期照顧服務期間提供個人資料，由臺南市政府照顧服務管理中心自行或委託民間單位，進行長期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，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）簽名：_____

- 是否符合收案條件： 1. 符合
 2. 不符合，原因：_____
3. 其他

受理申請單位：
電話：
備註：

承辦人：
傳真：