

臺南市獨居老人在宅緊急救援連線服務申請表

申請日期：____年____月____日

申請人簽章：_____

107.03.15 製

個案基本資料	個案姓名		身分證字號	
	出生日期	民國(前) 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	慣用語言			
	戶籍住址	台南市____區____里____鄰____路街____段 ____巷____弄____號____樓之____		
	裝設地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 台南市____區____里____鄰____路街____段____巷____弄____號____樓之____		裝設電話
	緊急聯絡人(一)	聯絡電話	(住家) (手機)	關係
	緊急聯絡人(二)	聯絡電話	(住家) (手機)	關係
	里長姓名	聯絡電話		
	身分別	<input type="checkbox"/> 低、中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低老人(含 65 歲以上領有身心障礙者生活津貼) <input type="checkbox"/> 一般戶(自費) <input type="checkbox"/> 55 歲以上領有身心障礙者生活津貼之原住民		
	居情	住形 <input type="checkbox"/> 1. 年滿 60 歲以上獨居長者 <input type="checkbox"/> 2. 年滿 55 歲以上之獨居原住民 <input type="checkbox"/> 3. 與子女同戶籍，但子女未經常性同住(連續達 5 天以上獨居事實) <input type="checkbox"/> 4. 與子女同住，但子女缺乏生活自理能力 <input type="checkbox"/> 5. 一戶 2 人以上老人，其中 1 人缺乏生活自理能力 <input type="checkbox"/> 6. 無上述獨居之居住情形，其他 勾選 4、5 者，請續填下列資料： 缺乏生活自理能力者姓名 _____ 與個案關係 _____		
身體狀況	老人病況： <input type="checkbox"/> 心臟血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 有導致昏迷之疾病：_____ <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他 老人身體功能評估： <input type="checkbox"/> 偶爾或經常失禁 <input type="checkbox"/> 行動不便 <input type="checkbox"/> 無法自行穿脫衣物 <input type="checkbox"/> 無法自行進食 <input type="checkbox"/> 無法自行洗澡、如廁 就醫醫院資料： 醫院名稱：_____ 主治醫師：_____ 地址：_____ 電話：_____			
檢附文件：	<input type="checkbox"/> 1. 申請表 <input type="checkbox"/> 2. 全戶戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 3. 聯絡人身份證正、反面影本 <input type="checkbox"/> 4. 公費補助身份證明文件			
區公所初審	<input type="checkbox"/> 1. 符合公費補助申請： (1). 為設籍本市年滿 65 歲以上之獨居老人或年滿 55 歲以上之獨居原住民 (2). 為本市列冊低、中低收入戶、領有中低老人生活津貼(含領取身心障礙者生活補助費者)、55 歲以上領有身心障礙者生活津貼之原住民 <input type="checkbox"/> 2. 符合一般戶自費申請(設籍本市年滿 60 歲以上之獨居長者或年滿 55 歲以上之原住民)			
承辦人	課長	區長		
市政府社會局複核				
<input type="checkbox"/> 符合/原因： <input type="checkbox"/> 不符合/原因：			承辦人 科長	