

【文化健康站執行單位名稱】辦理 110 年度○○縣○○鄉○○文化健康站申請補助計

畫書（格式）

一、基本資料

申請單位	核准機關、日期、文號	計畫負責人			地址
		職稱	姓名	電話	
（申請單位負責人簽章，並請加蓋單位章）					

二、現況說明與問題分析（針對服務區自然、人文環境、人口結構與福利人口群等部落(社區)現況說明）

三、目的：

四、主辦、承辦及文健站執行單位：

五、實施期程：核定日起至 110 年 12 月 31 日。

六、實施地點：

（一）文化健康站位置及地址：

（二）服務區域範圍：（請列出服務之鄉鎮、村里名稱及 55 歲以上老人數）

（四）服務空間類型：（活動中心、教會、民宅等）

（五）服務空間照片（每個區域至少提供 2 張清晰照片）

1. 入口處：

照片 1	照片 2
------	------

2. 主要活動空間：

照片 1	照片 2
------	------

3. 廚房：

照片 1	照片 2
------	------

4. 廁所：

照片 1	照片 2
------	------

七、服務對象：

(一) 是否含輕度失能(CMS2~3級)長者? 是, ___人 (男___人; 女___人) / 否

否

(二) 是否含身心障礙中度以下者? 是, ___人 (男___人; 女___人) / 否

(三) 總服務人數: _____人 (男___人; 女___人)

八、服務時間：

九、服務內容：（請列出服務項目及服務方式與規劃）

(一) 服務項目表

服務項目	具體內容與做法	服務目標值 (請填寫每日、每月、1年之 服務人數與活動場次)	執行日期 與時間	備註

(二) 請檢附每週每日活動課程表及流程表

十、人員配置

*本人原配置僅作為申請設置文健站之參考，照顧服務員均須於文健站設置後依計畫規定之進用規範辦理相關事宜。

職 稱	工作職掌	專任或支援（實際 支援人員）	聯絡電話 （必填）
計畫 負責人		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 支援	(o) : (手機) :
照顧 服務員 1		<input type="checkbox"/> 專任	(o) : (手機) :
照顧 服務員 2		<input type="checkbox"/> 專任	(o) : (手機) :
志工		<input type="checkbox"/> 專任 <input type="checkbox"/> 支援	(o) : (手機) :

十一、經費概算：共新臺幣 元整(請依計畫最高補助金額覈實編列，並補助經費及項目為專款專用辦理)。

項目	申請細項	補助標準			申請本會 經費	縣政府 配合款	民間自籌 經費
		數量	單價	合計			
開辦費	∴						
小計							
業務費	∴						
小計							
餐點費	∴						
小計							
工作人員服務費	∴						
小計							

照顧服務員年終獎金	∴						
小計							
照顧服務員績效獎金	∴						
小計							
文健站執行單位勞健保負擔補助	∴						
小計							
總計							

十二、經費來源：

- (一) 請說明現有志願人力運用情形，及預定開發多少人力。
- (二) 經費來源：（請註明自籌款或對外收費及其基準）。

十三、預期效益：（請列出各項服務項目預定達成的效果，並請具體量化）。

十四、申請單位應檢附下列文件：

- 1、立案證書影本。
- 2、自籌款證明影本。
- 3、申請補助計畫書。
- 4、文化健康站設備(環境安全)調查表。
- 5、計畫負責人資格證明文件。
- 6、長者名冊。

7、財產清冊表。

8、場地使用同意證明書。

9、部落說明會紀錄(新設置站必要資料)。