**文化健康站長者名冊**

站名：○○縣（市）○○鄉（鎮、市、區）文化健康站　　填表人：

地址：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　填寫日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 案號 | 姓名 | 出生年月日 | 性別 | 電話 | 族別 | 是否經照管中心評估為失能? | 是否領有身障手冊 | 罹患慢性病 | 緊急連絡人姓名、關係與電話 | 接受  服務  (可複選) |
|  |  |  |  |  |  |  | □無  □有，CMS\_\_級 | □無  □有,　度 |  |  | □到站服務  □外展服務(送餐、量能提升服務) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

【備註】新設置文健站考量服務品質及量能，均以服務級距為20~29人、且不補助量能提升業務費。