臺南市在宅緊急救援連線通報服務申請表

115.10.8起生效

申請日期：____年____月____日　　申請人簽章：

<table>
<tr><td rowspan="11">個案基本資料</td><td>個案姓名</td><td colspan="2"></td><td>身分證字號</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>出生日期</td><td colspan="2">民國（前）　年　月　日</td><td>慣用語言</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>居住住址</td><td colspan="6">臺南市_____區_____里_____鄰_____路街____段
_____巷_____弄_____號 ____樓之</td></tr>
<tr><td>裝設地址</td><td colspan="4">□同上
□臺南市_____區_____里____鄰_____路街____段
巷 _____弄_____號 ____樓之</td><td>裝設電話</td><td></td></tr>
<tr><td>緊急聯絡人(一)</td><td></td><td>聯絡電話</td><td>（住家）
（手機）</td><td>關係</td><td></td></tr>
<tr><td>緊急聯絡人(二)</td><td></td><td>聯絡電話</td><td>（住家）
（手機）</td><td>關係</td><td></td></tr>
<tr><td>里長姓名</td><td></td><td colspan="2">聯絡電話</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>身分別</td><td colspan="6">□列冊低收入戶、中低收入戶　□領有中低老人生活津貼或身心障礙者生活補助
□依據衛生福利部「擴大獨居老人服務實施計畫」規定，補助需求等級第二級、第三級、第四級之服務對象。　□一般戶(由社會局補助50％)</td></tr>
<tr><td>居住情形</td><td colspan="6">(一)領有身心障礙證明且未接受全日型住宿式機構照顧服務，並經本局評估符合下列規定者：
□1.單獨居住或同住家屬無照顧能力。
□2.生活自理能力不足且能配合不活動狀況偵測監控。
(二)年滿55歲之原住民或年滿65歲且非居住於機構，並具有下列條件之一者：
□1.有單獨居住之事實。
□2.直系血親卑親屬未居住於本市。
□3.同住者無照顧能力。
□4.同住者皆為65歲以上。
勾選3者，請續填下列資料：
同住者無照顧能力姓名　　與個案關係</td></tr>
<tr><td>身體狀況</td><td colspan="6">病況：□心臟血管疾病□糖尿病□有導致昏迷之疾病：
□中風□氣喘□其他
身體功能評估：□臥床　□偶爾或經常失禁　□行動不便　□無法自行穿脫衣物
□無法自行進食　□無法自行洗澡、如廁　□其他：……..
就醫醫院資料：
醫院名稱：_____主治醫師：_____
地址：_____電話：_____</td></tr>
<tr><td rowspan="3">區公所初審</td><td colspan="6">檢附文件：□1.申請表　□2.全戶戶籍謄本或戶口名簿影本　□3.身心障礙證明正、反面影本(非身障者免付)
□4.各福利身分別補助之證明文件(一般戶免附)</td></tr>
<tr><td colspan="6">□1.符合全額補助：
□(1)列冊低收入戶、中低收入戶或領有身心障礙者生活補助之身心障礙者。
□(2)年滿65歲列冊低收入戶、中低收入戶、領有中低老人生活津貼或身心障礙者生活補助之獨居長者。
□(3)依據衛生福利部「擴大獨居老人服務實施計畫」規定，補助需求等級第二級、第三級、第四級之服務對象。
□(4)年滿55歲且為列冊低、中低收入戶或領有身心障礙者生活補助之獨居原住民。
□2.符合一般戶(由社會局補助50％)：(□未滿65歲之一般戶獨居身心障礙者　□年滿65歲之一般戶獨居民眾□年滿55歲以上之一般戶獨居原住民)
□3.未符合在宅緊急救援服務對象</td></tr>
<tr><td>承辦人</td><td></td><td>課長</td><td></td><td>區長</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">市政府社會局複核</td></tr>
<tr><td colspan="5">□ 符合全額補助/原因：
□ 符合補助50%/原因：
□ 不符合/原因：</td><td>承辦人</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td><td>科長</td><td></td></tr>
</table>