

臺南市身心障礙者及獨居老人在宅緊急救援連線服務計畫

一、目的：

- (一)為強化本市身心障礙者及獨居老人社區照護網，減少在家面臨突發疾病及意外狀況而無人可提供救援之發生，能於第一時間通報而獲得立即之適時救援。
- (二)二十四小時之緊急救援通報支持網路，深入了解在宅身心障礙者及獨居老人生活起居與健康情形，建立全天候監測求救訊息，並視服務對象之需要，立即進行救護聯繫。

二、主辦單位：臺南市政府社會局（以下簡稱本局）

三、服務對象：

- (一)未滿 65 歲，設籍且實際居住本市，領有身心障礙證明並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者。
 2. 因生活自理能力不足需使用緊急救援服務者。
 3. 能配合不活動狀況偵測監控者。
 4. 無其他不適合使用本系統者。
- (二)設籍並實際居住於本市年滿 55 歲之原住民或年滿 60 歲之一般市民，並具有下列各項條件之一者：
 1. 獨居長者。
 2. 與子女同戶籍，但子女未經常性同住者(連續達 5 天以上獨居事實)。
 3. 與子女同住，但子女缺乏生活自理能力者。
 4. 一戶 2 人以上老人，其中 1 人缺乏生活自理能力者。

四、補助標準：

- (一) 未滿 65 歲之列冊低收入戶、中低收入戶或領有身心障礙者生活補助之身心障礙者，由本局全額補助。
- (二) 年滿 65 歲列冊低、中低收入戶、領有中低老人生活津貼及 65 歲以上領有身心障礙者生活補助之獨居老人，由本局全額補助。
- (三) 年滿 55 歲之原住民且為列冊低、中低收入戶及 55 歲以上領有身心障礙者生活補助之原住民，由本局全額補助。
- (四) 一般戶之身心障礙者及年滿 60 歲之一般獨居民眾及年滿 55 歲之一般獨居原

住民，其系統連線服務費用自費負擔。

五、申請程序：

(一)檢具下列文件至戶籍所在地區公所申辦：

1. 身心障礙者檢附身分證、身心障礙證明或手冊正、反面影本各 1 份。
2. 最近 3 個月內全戶戶籍謄本 1 份或戶口名簿影本。
3. 各福利身分別補助之證明文件(一般自費者免附)。
4. 申請表(至戶籍所在地區公所領取或進入本局網站下載)。

(二)由本局評估核定後，交由受託單位提供服務。

六、預期效益：提供本市身心障礙者及獨居長者 24 小時緊急救援連線服務，使身心障礙者及獨居長者享有溫馨、安全之居家生活。

七、經費來源：由本府編列預算支應。

八、本計畫奉核定後實施，如有未盡事宜，得隨時修訂之。

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				
	居住情形	<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：				
	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		
區公所初審	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					
	<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：				承辦人		
<input type="checkbox"/> 不符合/原因：				科長		

臺南市身心障礙者裝設「緊急救護通報服務系統」資料表

申請日期： 年 月 日 申請人簽章： _____

使用者姓名		出生年月日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		裝設電話		聯繫手機	
身分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶				
戶籍地址	臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄 ____號____樓之				
裝設地址	<input type="checkbox"/> 同上 臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄 ____號____樓之				
障礙類別及程度	障別：____障 程度： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
病況	<input type="checkbox"/> 心臟血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓/中風史 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 有導致昏迷之疾病：____ <input type="checkbox"/> 其他：____				
身體功能評估	<input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 行動不便常跌倒 <input type="checkbox"/> 其他：____				
居住狀況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 有同住家人，關係為：____				
就醫史	醫院：____科別：____主治醫師：____				

緊急聯絡人

緊急聯絡人#1	緊急聯絡人#2
姓名：	姓名：
關係：	關係：
地址：	地址：
家中電話：	家中電話：
工作電話：	工作電話：
行動電話：	行動電話：

檢附文件：

身心障礙者身分證及身心障礙證明正、反面影本各 1 份。

最近三個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本 1 份。

低收入戶或領有身心障礙者生活補助之證明文件。

區公所初審

1. 申請對象審查(須同時符合以下資格)

設籍本市未滿 65 歲領有證明之身心障礙者

未接受全日型住宿式機構照顧服務

2. 補助資格審查

為本市列冊低收入戶或領有身心障礙者生活補助者

符合一般戶自費申請，且同意自費

承辦人

課長

區長

市政府社會局 複核

符合/原因：

承辦人

不符合/原因：

科長