

# 申請表

附件一

申請日期：

申請收容照顧機構：					
身份別	<input type="checkbox"/> 本市_____款列冊低收入戶老人。 <input type="checkbox"/> 本市列冊中低收入戶老人且失能等級七級以上者。 <input type="checkbox"/> 領有本市中低收入老人生活津貼未達最低生活費1.5倍者且失能等級七級以上者。 <input type="checkbox"/> 本市年滿55歲以上至64歲以下列冊低、中低收入戶原住民且失能等級七級以上者。				
姓名		性別		生日	<input type="checkbox"/> 民國前 年 月 日 <input type="checkbox"/> 民國 年 月 日
身分證字號		聯絡電話			
使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 日語 <input type="checkbox"/> 原住民語 <input type="checkbox"/> 其他_____				
戶籍地址	區      里      鄰                      路街      段      巷      弄      號      樓				
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> _____				
其他補敘					
填表人姓名			填表人電話		
填表人住址				與收容老人關係	

區公所初審	承 辦 人	課 長	區 長
社會局複核	承 辦 人	科 長	

下列欄位由社會局承辦人依評估結果填列

照顧管理評估量表(CMS)	
失能等級	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 2~3級(輕度) <input type="checkbox"/> 4~6級(中度) <input type="checkbox"/> 7~8級(重度)
插管	<input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 其他：

