

臺南市獨居老人在宅緊急救援連線服務申請表

申請日期：110年00月00日

申請人簽章：王大明

107.03.15 製

個案基本資料	個案姓名	王大明		身分證字號	R123456789		
	出生日期	民國(前)70年01月01日		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	慣用語言	中文、台語
	戶籍住址	台南市 00 區 00 里 00 鄰 00 路街 段 巷 弄 00 號 樓之					
	裝設地址	<input checked="" 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	06-5991234
	緊急聯絡人(一)	林小美	聯絡電話	(住家) 06-5992345 (手機) 0933123456	關係	妻	
	緊急聯絡人(二)		聯絡電話	(住家) (手機)	關係		
	里長姓名	000	聯絡電話	0933234567			
	身分別	<input checked="" 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					
	居情	<input checked="" 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： 缺乏生活自理能力者姓名 _____ 與個案關係 _____					
	身體狀況	老人病況： <input checked="" type="checkbox"/> 心臟血管疾病 <input checked="" 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 就醫醫院資料： 醫院名稱： <u>00醫院</u> 主治醫師： <u>000</u> 地址： <u>台南市00區00里00號</u> 電話： <u>06-2200000</u>					
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			