

# 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"/> 本市年滿五十五歲以上至六十四歲以下列冊低、中低收入戶原住民且失能等級七級以上者。		
姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		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：