臺南市長期照顧服務申請書（範例）

一、**需要服務者基本資料**　　申請日期：102 年 3 月 10 日

＊1.姓　名：陳陽春　　＊2.出生日期：民國(1.前 2.國) 33 年 5 月 20 日

＊3.國民身分證統一編號：R101***111　　＊4.電　話：06-7943***

＊5.是否為山地原住民：□0.否 □1.是　　＊6.性　別：□(1)男 □(2)女

＊7.目前之居住狀況: ☑(1)獨居 □(2)固定與他人同住 □(3)輪流與他人同住 □(4)其他_

＊8.通訊地址：臺南 縣／市 _____市／鄉／鎮將軍區保源村／里 5 鄰

_____路／街_____段_____巷_____弄苓保**號_____樓

9.戶籍地址：☑同上

_____縣／市_____市／鄉／鎮_____區_____村／里_____鄰

_____路／街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

10.常用語言：台語

11.目前是否領有身心障礙者手冊：□(1)否　☑(2)是，障別：肢障

障礙程度：□(1)極重度 ☑(2)重度 □(3)中度 □(4)輕度

12.社會福利身分別：□(1)一般戶老人　☑(2)中低收入老人　□(3)低收入戶老人

□(4)一般戶身心障礙者　□(5)中低收入身心障礙者

□(6)低收入戶身心障礙者　□(7)其他_____

13.目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用：☑(1)否　□(2)是_____

14.目前是否就業中：　□(1)是　☑(2)否→ □有就業意願☑無就業意願

15.目前是否住在機構：☑(1)否　□(2)是，_____

16.目前是否在最近三個月內有住院（含急診經驗）：

☑(1)否　□(2)是，住院原因：_____

17.目前是否聘請看護幫忙照顧：

☑(1)否　□(2)是 (□17a.本籍 □17b.外籍)　□(3)申請中(□17c.本籍 □17d.外籍)

18.是否罹患疾病：□(1)否　☑(2)是，疾病名稱：**慢性病**

19.欲申請服務種類：

□1.居家服務　□2.日間照顧　□3.家庭托顧　□4.居家喘息服務

□5.機構喘息服務　□6.居家護理　□7.居家職能治療　□8.居家物理治療

□9.社區職能治療　□10.社區物理治療　□11.輔具購買、租借及居家無障礙環境改善

☑12.老人營養餐飲服務（葷、素食）　□13.交通接送服務　□14.機構服務

□15.密集性照護　□16.其他_____

＊二、代理人基本資料

1.姓　名：黃大明　　2.國民身分證統一編號：R101******222

3.電　話：(H) 06-7943***　　(O) _____　　手機：0932-******

4.與需要服務者的關係或身分：鄰居

5.通訊地址：台南 縣／[市] _____ 市／鄉／鎮 將軍區 苓和 村／[里] 7 鄰

_____ 路／街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 苓和 15 號 _____ 樓

＊三、主要聯絡人資料

1.姓　名：陳俊霖

2.電　話：(H) 06-722****　　(O) 06-7942***　　手機 0958-******

3.與需要服務者的關係或身分：父子

4.通訊地址：台南 縣／市 _____ 市／鄉／鎮 佳里 區 鎮山 村／[里] 20 鄰

仁愛 路／街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 100 號 _____ 樓

＊四、提供個人資料同意書（請擇一勾選）

☑**為配合「我國長照照顧十年計畫」，本人同意**使用長期照顧服務期間提供個人資料，由臺南市政府照顧服務管理中心自行或委託民間單位，進行長期照顧使用滿意度調查、需求調查等相關成效研究。

☐**本人不同意前述相關事項**

◎最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人（或代理人）簽名： 陳陽春

是否符合收案條件：☐ 1. 符合 ☐ 2. 不符合，原因：_____ ☐ 3. 其他

受理申請單位：將軍區公所	課室：社會課
電話：06-7942104	傳真：06-7943807