**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：103 年7 月1 日

**＊**1.姓 名： ○○○ **＊**2.出生日期：民國(1.前2.國) ○○ 年 ○月 ○ 日

**＊**3.國民身分證統一編號： A123456789 **＊**4.電 話： ○○○○○○○

**＊**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： ○○○ 縣／市 ○ ○ 市／鄉／鎮 ○ 區 ○ 村／里 ○ 鄰

 ○○ 路／街 ○ 段 ○ 巷 ○ 弄 ○ 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： ○○

11.目前是否領有身心障礙者手冊： □(1)否 ■(2)是，障別： ○○

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：**\_**○○○○**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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 □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： ○○○ 2.國民身分證統一編號：A234567890 3.電 話：（H） ○○○○○○○ （O） ○○○○○○○ 手機 ○○○○-○○○- ○○○

4.與需要服務者的關係或身分： ○○

5.通訊地址：○○○ 縣／市 ○ ○ 市／鄉／鎮 ○ 區 ○ 村／里 ○ 鄰

 ○○ 路／街 ○ 段 ○ 巷 ○ 弄 ○ 號 樓

**＊三、主要聯絡人資料**

1.姓 名： ○○○

2.電 話：（H） ○○○○○○○（O） ○○○○○○○ 手機 ○○○○-○○○- ○○○

3.與需要服務者的關係或身分： ○○

4.通訊地址： ○○○ 縣／市 ○ ○ 市／鄉／鎮 ○ 區 ○ 村／里 ○ 鄰

 ○○ 路／街 ○ 段 ○ 巷 ○ 弄 ○ 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：**○○○

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： 承辦人：

電話： 傳真：

備註：