

臺南市長期照顧服務申請書

一、需要服務者基本資料

申請日期：000 年 00 月 00 日

- *1. 姓 名： 陳 0 0 *2. 出生日期：民國(1. 前 2. 國) 00 年 00 月 00 日
- *3. 國民身分證統一編號： R123456789 *4. 電 話： 06-6123456
- *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 市 新營 區 00 村／里 00 鄰
- 00 路／街 段 巷 弄 00 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： 臺語
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：_____
- 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 0 0 _____

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：

電話：

備註：

承辦人：

傳真：