

高雄市長期照顧服務申請書

一、需要服務者基本資料【打*為必填欄位】

申請日期： 年 月 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：_____ *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： (1)國語 (2)台語 (3)客家語 (4)原住民語_____ (5)其他_____
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. 目前已使用的照顧服務：
 (1)居家服務 (2)低收公費安置 (3)緊急救援連線系統 (4)輔具補助
20. 在沒有人或工具幫助的情形下，需要服務者無法完成下列哪些活動：
 (1)吃飯 (2)上/下床 (3)室內/外走動 (4)穿衣服 (5)洗澡 (6)上廁所
21. 欲申請服務種類：
 1. 居家服務 2. 日間照顧 3. 居家喘息服務 4. 機構喘息服務
 5. 居家護理 6. 老人營養餐飲服務 7. 交通接送服務 8. 機構服務
 9. 居家職能治療 10. 居家物理治療 11. 社區職能治療 12. 社區物理治療
 13. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 14. 密集性照護
 15. 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

- ◎ 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：_____

◎本申請表請詳細填寫後並備齊戶口名簿影本或身分證影本及身心障礙手冊影本，再郵寄或傳真至高雄縣長期照顧管理中心

(地址：814仁武鄉文武村文南街1號2樓 傳真：07-3732940 電話：07-3732935)

高雄市失能身心障礙者使用居家服務補助申請書(含切結書)

一、接受居家服務者之基本資料

- 1.姓名：_____ 2.性別：1.男 2.女
- 3.國民身分證統一編號：_____。是否為原住民：1.否 2.是，族別：_____
- 4.出生日期：民國(1.前2.國)____年__月__日。電話：_____。

5.通訊地址：

6.戶籍地址：

7.身分別：1.一般老人 2.老人低收入戶、中低收入戶

3.一般戶身心障礙者 4.身心障礙者低收入戶、中低收入戶

8.失能類別：1.一般失能老人或身心障礙者 2.失智症患者 3.慢性精神病患者

4.智能障礙者 5.自閉症者

9.目前是否領有身心障礙手冊：1.否 2.是

10.目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用：1.否 2.是

11.目前需要服務者是否住在機構：

1.否 2.是→(是否接受公費補助：9a.是 9b.否)

12.目前是否聘請看護幫忙照顧：1.否 2.是→(10a.本籍 10b.外籍)

13.在沒有人或工具幫助的情形下，需要服務者無法完成下列哪些活動：

1.吃飯 2.上/下床 3.室內/外走動 4.穿衣服 5.洗澡 6.上廁所

二、代理人基本資料

1.姓名：_____ 2.國民身分證統一編號：_____

3.電話：_____ 4.與需要服務者的關係或身分：_____

5.通訊地址：

◎切結書

申請人_____茲申請失能老人及身心障礙者使用居家服務，如有接受機構收容安置、聘僱看護（傭）、領有政府提供之特別照顧費津貼、日間照顧費或其他照顧費用補助等虛報、隱匿或其他不當行為之情形，經查明者，則無條件停止本項服務，且返還政府已支付照顧服務員之相關費用。另外，本服務不提供罹患開放性肺結核傳染病者及具攻擊行為之精神病患，如有隱匿不報之情形，以致照顧服務員或督導員受到身心傷害，所導致之後果，概由申請人負責。

申請人（或代理人）簽名：_____

申請日期： 年 月 日

◎檢附資料：申請本項服務者，應填妥申請書，並備齊戶口名簿影本或身分證影本及身心障礙手冊影本；若失能類別為「失智症患者」應檢附醫院證明並載明CDR評估結果及分數為一分以上之證明文件。

◎本申請表請詳細填寫後，再郵寄或傳真至高雄縣政府社會處長青科

（地址：830鳳山市光復路2段120號 傳真：07-7107950 電話：07-7477611 轉2755、2757