

高雄市111年失智友善天使、友善組織服務貢獻表揚計畫

一、 背景

高雄市政府衛生局自107年起，輔導衛生所及結合社區單位辦理辦理多場失智友善培訓課程，培訓社區民眾、學校師生、公務機關人員、里鄰長、社區組織員工...等成為失智友善天使，以及招募社區各類型行業，如商家、餐演業、宮廟/教會、金融機構、社福團體..等加入失智友善組織行列，期待全民具備正確失智友善識能與態度，包容失智者及家屬參與社區活動，營造失智友善社區環境。

二、 活動目的：

為提升本市失智友善天使、失智友善組織服務動機，以及推廣民眾加入失智友善天使與組織，本局規劃透過評選獎勵措施，表揚本市失智友善天使及失智友善組織的服務貢獻，同時藉由表揚活動向民眾分享友善服務事蹟。

三、 活動說明

(一)評選對象：完成失智友善培訓，取得「高雄市失智友善天使」或「高雄市失智友善組織」證書者。

(二)報名方式：填寫活動報名表(如附件)，敘明友善服務事蹟或感動故事，並提供相關佐證照片，於**111年11月18日(五)**前寄送至**高雄市政府衛生局健康管理科**收，以郵戳為憑，逾期不受理。

(三)評審方式：由高雄市政府衛生局及失智症相關領域專家擔任評審，依據「參與度」、「特色性」、「社會貢獻」等3大項目進行評分。

(四)獎項說明：

1. 失智友善天使服務績優獎：15名。
2. 失智友善組織服務績優獎：5名。
3. 獲獎者於表揚活動當日頒發獎座乙座、感謝狀乙張。
4. 未獲獎者將寄送感謝狀乙張。

(五)頒獎：頒獎前1週電話通知獲獎人員/單位，並公告於本局網站(<https://khd.kcg.gov.tw/tw/index.php>)。

四、 活動聯絡人：高雄市政府衛生局健康管理科黃小姐，電話：(07)713-4000分機5307或李小姐分機5306。

111年高雄市失智友善評選報名表—友善天使

姓名：	性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齡：
連絡電話：		
通訊地址：(含郵遞區號)		
友善服務日期： 年 月		
友善服務地點/場域：		
友善服務內容：(以300字為限)		

◇ 友善服務照片(請至少提供1張)

說明：	說明：

(欄位不足請自行新增)

111年高雄市失智友善評選報名表—友善組織

附件2

單位名稱：(請填單位全銜)	
聯絡人/職稱：	連絡電話：
電子信箱：	
通訊地址：(含郵遞區號)	
組織類型： <input type="checkbox"/> 商店 <input type="checkbox"/> 餐飲業 <input type="checkbox"/> 藝文單位 <input type="checkbox"/> 金融單位 <input type="checkbox"/> 宗教單位 <input type="checkbox"/> 其他	
友善服務日期： 年 月	
友善服務內容：(以300字為限)	

◇ 友善服務照片(請至少提供1張)

說明：	說明：

(欄位不足請自行新增)