

高雄市政府社會局

獨居老人在宅緊急救援連線服務申請書



| | | | | |
|--|---|--|--|------|
| 一、基本資料 | | 申請日期 | _____年_____月_____日 | |
| 姓名 | | 身分證字號 | | |
| 出生年月日 | _____年_____月_____日 | 常用語言 | <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他_____ | |
| 室內電話 | 手機號碼：_____ | | 市話號碼：_____ | |
| 身 分 別 | <input type="checkbox"/> 中低收入_____元 <input type="checkbox"/> 低收入戶_____元 列冊一般戶符合下列「高雄市獨居長輩風險評估表」生理面其中一項 <input type="checkbox"/> 最近一個月常掛急診(含非預約門診)或有住院紀錄。 <input type="checkbox"/> 最近一個月氣色、體重有異於常態重大變化或常跌倒。 <input type="checkbox"/> 罹患多重慢性疾病，致嚴重影響生活品質。 <input type="checkbox"/> 最近一個月進食、用藥、如廁、洗澡、平地走動、穿脫衣物鞋襪及購物，需人協助才能完成。(請圈選二項以上) <input type="checkbox"/> 因意外或重大疾病導致截肢或行動不便。 <input type="checkbox"/> 睡眠困難，譬如難以入睡、易醒或早醒。 | | | |
| | 現居地址 | | | |
| 戶籍地址 | | | | |
| 緊急聯絡人 | | | 與申請人關係 | |
| 聯絡地址 | | | 市 話 | |
| | | | 手 機 | |
| 二、疾病史 | | | | |
| 1. <input type="checkbox"/> 中風 | 6. <input type="checkbox"/> 脊髓損傷 | 11. <input type="checkbox"/> 失智症 | | |
| 2. <input type="checkbox"/> 高血壓 | 7. <input type="checkbox"/> 骨骼系統(關節炎、骨折) | 12. <input type="checkbox"/> 其他呼吸系統疾病 | | |
| 3. <input type="checkbox"/> 心臟病 | 8. <input type="checkbox"/> 泌尿道疾病 | 13. <input type="checkbox"/> 癌症：_____癌 | | |
| 4. <input type="checkbox"/> 糖尿病 | 9. <input type="checkbox"/> 巴金森氏症 | 14. <input type="checkbox"/> 其他： | | |
| 5. <input type="checkbox"/> 慢性阻塞性肺疾病 | 10. <input type="checkbox"/> 免疫疾病 | 15. <input type="checkbox"/> 以上皆無 | | |
| 三、代辦人資料 | ◆申請人為本人免填，非本人請詳填代辦人內容 | | | |
| 代辦人姓名 | | 與申請人關係 | | 聯絡電話 |
| 四、個案簡述(請簡要述明個案現況、申請動機及需求…等) | | | | |
| 申請公費補助必備資格： <ul style="list-style-type: none"> ●年滿65歲、獨居 ●領有社會福利津貼者(低收、中低收) ●經評估符合失能程度 ●有緊急救護之虞者 ●設籍並實際居住戶籍所在地 ●列冊一般戶獨居老人，其高雄市獨居長輩風險評估表評估為生理面(第4、5、6、7、8、10項)者且有緊急救護之虞者。 | | | | |
| 如有疑問請洽：高雄市政府社會局 老人福利科 電話：(07)3373376-8 傳真：(07)3302649 | | | | |

