

高雄市獨居老人關懷通報表

111年03月12日修正

通報日期： 年 月 日

通報單位		通報人		聯絡電話		
通報資料	案主姓名	性別		出生日期		
	身分證字號					
	戶籍地址				市話	
	現居地址				手機	
	緊急聯絡人			關係		
	聯絡地址			市話		
				手機		
	居住情形	<input type="checkbox"/> 65歲以上長者一人居住 (<input type="checkbox"/> 無子女或 <input type="checkbox"/> 子女住外縣市)。 <input type="checkbox"/> 65歲以上配偶兩人同住 (<input type="checkbox"/> 無子女或 <input type="checkbox"/> 子女住外縣市)。 <input type="checkbox"/> 有家屬同住，惟同住者無照顧能力。 <input type="checkbox"/> 其他				
	家人互動頻率	<input type="checkbox"/> 每週返家一次以上； <input type="checkbox"/> 約1個月返家一次； <input type="checkbox"/> 約2~3個月返家一次 <input type="checkbox"/> 約半年返家一次； <input type="checkbox"/> 每一年返家一次； <input type="checkbox"/> 約__年未返家				
	健康情形	<input type="checkbox"/> 尚佳 <input type="checkbox"/> 較差但生活可自理 <input type="checkbox"/> 甚差且生活自理能力受損 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 無身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙證明，障別：_____等級：_____				
身分別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶_____類 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 原住民					
使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明)					

個案摘要說明(請通報單位/通報人填寫)

以下資料由社會局長青中心填寫

轉介情形

- 轉介獨居老人單位名稱：
- 轉介老人保護單位名稱：
- 轉介其他單位名稱：

- 處理情形
- 已列冊關懷獨居老人。
 - 已列冊老人保護個案。
 - 未列冊，原因：
 - 其他 (請說明)

完成日期： 年 月 日 承辦人： 課長： 主任：

※本市獨居老人關懷服務對象：實際居住於本市之65歲以上(原住民55歲以上)一人獨自居住者，或轄內65歲以上老人具有直系血親卑親屬未居住於本市、同住配偶年滿65歲、同住者無照顧能力等，經評估需關懷服務者。

請通報單位詳細填寫後，傳真、e-mail 或逕寄至社會局長青綜合服務中心
 (地址：苓雅區四維二路51號，傳真：771-9070，信箱：senior3320@gmail.com，
 電話：771-0055轉3352. 3325. 3351. 3357)

※如情況緊急，除通報外，請另致電通知長青中心。

如需回覆後續處理情形如下請勾選：

1. 電話回覆 2. 傳真回覆 3. E-mail 回覆