

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

壽 → 壽

- 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：居住本市年滿65歲以上(原住民55歲以上)，未有子女同住本市，具獨自居住、配偶二老同住、同住者無照顧能力情形之一者；或經評估需列冊關懷之老人。

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) ※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 _____