

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_____	
連絡電話	手機號碼：_____		市話號碼：_____	
現居地址				
戶籍地址				
福利資格	<input type="checkbox"/> 本市列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 本市列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 社會局列冊獨居關懷對象			
家庭型態	<input type="checkbox"/> 獨居(家中未有其他子女、親友同住、未聘有本國籍及外籍看護者) <input type="checkbox"/> 老老同住(家中未有其他子女、親友同住，僅2名年滿65歲以上長者同住) <input type="checkbox"/> 與長者同住者為未成年或身心因特殊狀況致不適合擔任照顧者情形			
身體特殊狀態	可複選： <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。 <input type="checkbox"/> 其他_____			
緊急聯絡人			與申請人關係	
聯絡地址			市話	
			手機	
二、代辦人資料(申請人為本人免填，非本人請詳填代辦人內容，以利聯繫確認)				
代辦人姓名		與申請人關係		聯絡電話
申請服務注意事項： 一、患有失智症、精神異常致無法辨認服務使用時機及操作方式者，不符本服務申請對象。 二、本服務受理申請後將委託民間單位進行家訪評估，經評估符合失能程度且有緊急救護之虞者方符合公費補助，若不符公費補助資格，可自行電詢本局委託單位-中興保全科技股份有限公司，連絡電話：0800-095-119 自費申請。 三、本市獨居老人關懷服務申請，請洽本局長青綜合服務中心，連絡電話：07-7710055。				
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				