

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： ●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				

