

**高雄市政府社會局-114 年度住宿式服務機構使用者補助方案
長照需要等級評估需求人數表(機構回報)**

機構名稱：

機構地址：

填表人員：

聯絡電話：

序 號	使用機構 者姓名	身份證字號	出生年月 日	最近一次入住 機構起迄日	是否 已住 滿 180 天 (是/ 否)	是否具 身心障 礙證明 (有請填 輕度/中 度/重度 /極重 度)並 註明身 障取得 日期	是否曾經 照管專員 評估失能 等級(有 請填 2~8 等級)	照管中心評 估結果/評 估完成日期	主要照 顧者/聯 絡人姓 名	主要照顧者 /聯絡人身 份證字號	主要照顧者/ 聯絡人電話
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											

(表格不敷使用，請自行新增)

注意事項：

1. 先前曾經照管中心評估、且達 4 級以上者，無論是否已結案，皆符合本補助資格，惟如多次評估等級不同者，以最新照管中心評估資料為主
2. 具當年度有效期之身心障礙證明程度達中度以上者等同於長照等級 4 級，就不需經照管專員重新評估。
3. 請確認住民是否為「領有中低收入失能老人機構公費安置費補助者」或「依身心障礙者日間照顧及住宿式照費用補助辦法第 2 條規定本年度曾

經或已經領取補助者」，若「**有**」則不符本方案申請資格。

4. 符合補助條件之使用機構者，於申請日前已離開機構返家或已歿者，因已有入住機構事實，亦可提出申請。