

* 申請日期：中華民國_____年_____月_____日

一、轉介單位

* 為重要必填資訊，俾利後續申請及聯絡事宜，謝謝您。

* 轉介單位： 北 區衛生所 醫療機構單位 社福機構單位 長照機構單位
 _____區區公所 社會局 其他單位：_____

* 轉介單位名稱：_____

* 轉介單位聯絡人/窗口：_____ * 連絡電話：_____

自行申請(請直接由此開始填寫)

* 資訊來源： 宣傳單/海報 報章雜誌 電視/廣播 網路/媒體 親友介紹
 區公所/鄰/里長 長照服務人員介紹 其他_____

二、需要服務者基本資料

* 1. 姓名：_____ * 2. 生日：民國_____年_____月_____日 * 3. 性別： 男 女

* 4. 國民身分證統一編號：_____ * 5. 電話：**04-**_____

* 6. 是否為原住民： 否 是 * 7. 是否為榮民或榮眷： 否 是 → (榮民/ 榮眷)

* 8. 目前之居住狀況： 獨居 固定與他人同住 輪流與他人同住 其他_____

* 9. 通訊地址：台 中 市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段
 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

10. 戶籍地址： 同上

_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 區 _____ 村/里 _____ 鄰
 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

11. 常用語言： 國語 台語 客語 原住民或其他語言：_____

12. 目前是否領有身心障礙者手冊： 否 是 → 障礙類別：_____

障礙程度： 極重度 重度 中度 輕度

13. 社會福利身分別：

一般戶老人 中低收入老人 低收入戶老

一般戶身心障礙者 中低收入身心障礙者 低收入戶身心障礙者 其他_____

14. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用： 否； 是 → _____

15. 目前是否就業中： 是； 否 → (有就業意願/ 無就業意願)

16. 目前是否住在機構： 否； 是 → 機構名稱：_____

* 17. 目前是否在最近三個月內有住院(含急診經驗)：

否 是 → (住院中/ 曾經住院)原因：_____

* 18. 目前是否聘請看護幫忙照顧：

否 是 → (本籍/ 外籍) 申請中 → (本籍/ 外籍)

19. 是否罹患疾病： 否 是 → 疾病名稱：_____

是否有傳染病： 否 是 → 疾病名稱：_____

三、申請長照服務類別

1. 照顧服務(居家服務、日間照顧、家庭托顧) 2. 專業服務(復能服務)
3. 交通接送服務 4. 輔具服務及居家無障礙環境改善服務 5. 喘息服務
6. 營養餐飲服務 7. 機構服務 8. 小規模多機能服務 9. 銜接居家醫療
10. 預防及延緩失能 11. 到宅沐浴車服務 12. 家庭照顧者支持
13. 照顧實務指導服務 14. 其他(請說明) _____

四、聯絡人基本資料

(一)主要聯絡人/代理人：

1. 姓名：_____ 2. 國民身分證統一編號：_____
3. 電話：(家) _____ (公) _____ 手機 _____
4. 與需要服務者的關係或身分：_____
5. 通訊地址：_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 區 _____ 村/里 _____ 鄰
_____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

(二)次要聯絡人：

1. 姓名：_____ 2. 國民身分證統一編號：_____
3. 電話：(家) _____ (公) _____ 手機 _____
4. 與需要服務者的關係或身分：_____
5. 通訊地址：_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 區 _____ 村/里 _____ 鄰
_____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

- ◎ 最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實。
- ◎ 如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人(或代理人)簽名：_____

是否符合收案條件： 1. 符合
 2. 不符合，原因：_____

臺中市政府長期照顧管理中心 承辦人：_____

豐原站 420 臺中市豐原區中興路 136 號〈衛生局 4 樓〉

北區衛生所 電話:04-22359182 傳真 04-22359200