

臺東縣長期照顧服務申請書

107.08.08 修訂

一、需要服務者基本資料

申請日期： 年 月 日

- 1.姓名：_____ 2.出生日期：民國(1.前 2.國)____年____月____日
- 3.國民身分證統一編號：_____ 4.電話：_____
- 5.是否為原住民： (1)否 (2)是 6.性別： (1)男 (2)女
- 7.目前之居住狀況： (1)獨居 (2)固定與他人同住 (3)輪流與他人同住 (4)其他_____
- 8.居住地址：_____縣/市_____市/鄉/鎮_____區_____村/里_____鄰
_____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓
- 9.戶籍地址： 同上
_____縣/市_____市/鄉/鎮_____區_____村/里_____鄰
_____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓
- 10.常用語言：_____
- 11.目前是否領有身心障礙者手冊： (1)否 (2)是，障別：_____ (3)申請中
11-1.障礙程度： (1)極重度 (2)重度 (3)中度 (4)輕度
- 12.社會福利身分別： (1)一般戶 (2)中低收入 (3)低收入戶
- 13.目前是否在最近三個月內有住院(含急診經驗)：
 (1)否 (2)是，住院原因：_____
- 14.目前是否聘請外籍看護幫忙照顧：
 (1)否 (2)是 (3)申請中
- 15.是否罹患疾病：
 (1)否 (2)是，疾病名稱：_____
- 16.目前是否使用長期照顧服務：
 (1)否 (2)是，使用之服務為_____
- 17.在沒有人或工具幫助的情形下，無法完成下列哪些活動：
 (1)吃飯 (2)移位(上/下床) (3)室內/外走動 (4)穿脫衣褲鞋襪 (5)洗澡 (6)如廁
- 18.欲申請服務種類：
 (1)居家服務 (2)日間照顧服務 (3)家庭托顧服務
 (4)喘息服務(居家喘息/機構喘息/日照喘息/小規模多機能夜間喘息)
 (5)營養照護 (6)居家復健 (7)社區復健 (8)交通接送 (9)老人營養送餐服務
 (10)長期照顧機構服務(限中低收入戶)
 (11)輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 (12)居家環境安全或無障礙空間規劃
 (13)社區整合型服務(巷弄服務站-C 站點)
 (14)轉介失智症照顧服務(共照中心)(失智據點)
 (15)轉介居家醫療
 (16)社區適應(限精神障礙者) (17)進食與吞嚥照護
 (18)困擾行為照護(限心智功能障礙者) (19)臥床或長期活動受限照護
 (20)家庭照顧者支持轉銜服務 銜接單位：台東聖母醫院，服務專線：(089)322833#388
 (21)預防或延緩失能之服務 銜接單位： _____據點 其他_____
 (22)其他_____

二、主要聯絡人資料

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

◎請依個案資料備齊下列文件，方可申請服務（**備齊打勾**）

- 戶口名簿影本或身分證影本 身心障礙手冊影本 中低收入戶證明 低收入戶證明，
郵寄或傳真至臺東縣長期照顧管理中心。

◎如何得知長照服務資訊：

- 電視傳媒 活動宣導 親友介紹 委託廠商 衛生所 鄉鎮公所 村里長
 其他 _____

◎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。

申請人簽名： _____

三、協助申請單位資料

受理申請單位：	承辦人：
電話：	傳真：
備註：	

四、臺東縣長期照顧管理中心回覆

是否符合收案條件： <input type="checkbox"/> 1.符合 <input type="checkbox"/> 2.不符合，原因 _____ <input type="checkbox"/> 3.其他 _____
--

服務單位：臺東縣長期照顧管理中心

中心地址：台東市博愛路 336 號 1 樓

長照服務申請專線：1966

傳真：(089) 340705