

長期照顧服務申請書

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. 是否為山地原住民：0. 否 1. 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. 通訊地址：_____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：_____

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)一般戶老人 (2)中低收入老人 (3)低收入戶老人

(4)一般戶身心障礙者 (5)中低收入身心障礙者

(6)低收入戶身心障礙者 (7)其他_____

13. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用： (1)否 (2)是_____

14. 目前是否就業中： (1)是 (2)否 → 有就業意願 無就業意願

15. 目前是否住在機構： (1)否 (2)是，_____

16. 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：_____

17. 目前是否聘請看護幫忙照顧：

(1)否 (2)是 (17a.本籍 17b.外籍) (3)申請中(17c.本籍 17d.外籍)

18. 是否罹患疾病： (1)否 (2)是，疾病名稱：_____

19. 欲申請服務種類：

1. 居家服務 2. 日間照顧 3. 家庭托顧 4. 居家喘息服務 5. 機構喘息服務

6. 居家護理 7. 居家職能治療 8. 居家物理治療 9. 社區職能治療 10. 社區物理治療

11. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 12. 老人營養餐飲服務 13. 交通接送服務

14. 機構服務 15. 密集性照護 16. 其他_____

***二、代理人基本資料**

- 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.通訊地址：_____縣/市_____市/鄉/鎮_____區_____村/里_____鄰
_____路/街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

***三、主要聯絡人資料**

- 1.姓名：_____
- 2.電話：(H) _____ (O) _____ 手機_____
- 3.與需要服務者的關係或身分：_____
- 4.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：_____
 3.其他

受理申請單位：屏東縣長期照顧管理中心 承辦人：
電話： 傳真：
備註：