

雲林縣長期照顧服務申請書

105.09.26

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. 目前領有身心障礙者☐ 否 _____

☐ 手冊，障別：_____

☐ 證明，類別、障別：_____ / _____

障礙程度(等級)：☐ (1) 極重度 ☐ (2) 重度 ☐ (3) 中度 ☐ (4) 輕度

12. 社會福利身分別：【公所承辦人員請於勾選處確認並核章】

(1) 最低生活費用 1.5 倍以下者(全額補助)：

☐ 低收入戶身心障礙者生活補助 ☐ 中低收入戶身心障礙者生活補助(1.5 倍以下)

☐ 低收入戶老人生活津貼 ☐ 中低收入老人生活津貼(1-1.5 以下)

☐ 中低收入戶老人(1-1.5 倍以下)

(2) 最低生活費用 1.5 倍至 2.5 倍者(補助 90%)：

☐ 領有身心障礙者生活補助(1.5-2.5 倍以下)

☐ 中低收入老人生活津貼(1.5-2.5 倍)

(3) 一般戶(補助 70%)：☐ 一般戶老人 ☐ 一般身心障礙者

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. 行動沐浴車 | ☐ 17. 其他 _____ | |

*二、申請人基本資料

- 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

☐ 同申請人資料

- 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：

承辦人：

電話：

傳真：

備註：

◎ 申請文件可先以傳真方式回傳至中心，並請申請人或公所承辦人務必與本縣長期照顧管理中心聯絡。（傳真：05-5345520，電話 05-5342600、5352880、5344938）

◎ 申請文件正本，交由申請人或需要服務者留存，俟中心人員評估時攜回中心。