

臺東縣長期照顧服務申請書-出院準備服務轉介

106.01.04 製訂
106.02.10 修訂

一、需要服務者基本資料【打*為必填欄位】

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.通訊地址： _____縣/市 _____市/鄉/鎮 _____區 _____村/里 _____鄰
_____路/街 _____段 _____巷 _____弄 _____樓
- 9.戶籍地址： 同上
_____縣/市 _____市/鄉/鎮 _____區 _____村/里 _____鄰
_____路/街 _____段 _____巷 _____弄 _____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.目前是否聘請看護幫忙照顧：
 (1)否 (2)是 (14a. 本籍 14b. 外籍) 申請中 (14c. 本籍 14d. 外籍)
- 15.是否罹患疾病：
 中風 糖尿病 高血壓 其它_____
- 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)居家喘息 (5)機構喘息
 (6)居家護理 (7)居家復健 (8)社區復健 (9)交通接送
 (10)老人營養送餐服務 (11)長期照顧機構服務
 (12)輔具購買、租借及居家無障礙環境改善
 (13)原住民族地區社區整合型服務 (14)失智症照顧服務(居家式)
 (15)銜接出院準備服務 (16)居家醫療
 (17)家庭照顧者支持服務據點 銜接單位：台東聖母醫院，服務專線：0800-50-7272
 (18)社區預防性照顧服務 銜接單位/科： 衛生所_____ 社會處關懷據點_____ 其他_____
- (19)預防或延緩失能之服務 銜接單位/科： 衛生所_____ 社會處關懷據點_____ 其他_____

二、主要聯絡人資格

- 1.姓名：_____ 2.國民身分證統一編號：_____
- 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

申請人（或代理人）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

電話 1：長照服務申請專線：市話 4128080(幫您、幫您)，※手機(02)4128080

電話 2：(089) 330068

傳真：(089) 340705