

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

109.02.04 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：☐ 否 ☐ 是
6. 性別：☐ 男 ☐ 女
7. 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_____
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：☐ 否 ☐ 是，障別：_____ ☐ 申請中
11-1 障礙程度：☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度
12. 福利身分別：☐ 列冊低收入戶 ☐ 列冊中低收入戶
☐ 身心障礙者生活補助 ☐ 中低收入老人生活津貼
13. 此次住院原因：

14. 目前是否聘請外籍看護幫忙照顧：
☐ 否 ☐ 是 ☐ 申請中
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：
☐ 否 ☐ 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：
☐ 吃飯 ☐ 移位(上/下床) ☐ 室內/外走動 ☐ 穿脫衣褲鞋襪 ☐ 洗澡 ☐ 如廁
18. 欲申請服務種類
照顧服務：☐ 居家服務 ☐ 日間照顧服務 ☐ 家庭托顧服務
專業服務：☐ 居家復能 ☐ 社區復能 ☐ 營養照護 ☐ 臥床或長期活動受限照護
☐ 居家護理指導與諮詢 ☐ 困擾行為照護(限心智功能障礙者)
☐ 進食與吞嚥照護 ☐ 居家環境安全或無障礙空間規劃
☐ 個別化服務計畫(ISP)擬定與執行(限精神障礙者)
輔具服務：☐ 輔具購買 ☐ 輔具租賃 ☐ 居家無障礙環境改善
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
☐ 交通接送 ☐ 營養餐飲服務 ☐ 長期照顧機構服務(限列冊中低收入戶)
☐ 轉介居家醫療 ☐ 轉介失智症照顧服務(☐ 共照中心/☐ 失智據點)
☐ 家庭照顧者支持性服務
☐ 社區式交通接送服務(至日間照顧、托顧家庭、巷弄長照站、文健站、失智症據點)
☐ 居家失能個案家庭醫師照護 ☐ 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

申請人簽名：_____

◎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。

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，並返還以支付之服務補助經費。

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

◆ 個案姓名：_____，CMS 等級_____級。

◆ 是否符合補助條件：☐1. 符合

☐2. 不符合，原因_____

☐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