

臺東縣長期照顧服務申請書

106.01.04 製訂

109.02.04 修訂

111.10.12 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. 目前是否在最近三個月內有住院(含急診經驗)：

否 是，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：

否 是，疾病名稱：_____

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： 復能照護 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)_____ (0)_____ 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 _____ 鄉
_____ 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，並返還以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：_____

分機：_____

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 306 號

長照服務申請專線：1966

傳真：(089)340705