**臺中市新社區長期照顧服務據點申請書**

一、**需要服務者基本資料** 申請日期: 年 月 日

個案來源：□自行申請 □衛生所 □醫院 □社會處 □社福團體 □長照機構 □居服單位

 □家戶篩檢 □鄉鎮市公所 □戶政事務所 □其他：

**＊**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.是否為榮民或榮眷：□0.否 □1.是 （□榮民 □榮眷）

**＊**8.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

**＊**9.通訊地址： 台中 市 區 村／里 鄰

 路／街 段 巷 弄 號 樓

10.戶籍地址： 市 區 村／里 鄰

 路／街 段 巷 弄 號 樓

11.常用語言： 台語

12.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

13.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

14.目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用：□ (1)否 □ (2)是，

15.目前是否就業中：　□(1)是 □(2)否 □有就業意願 □無就業意願

16.目前是否住在機構：□(1)否 □(2)是，

17.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：

18.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)

19.是否罹患疾病：□(1)否 □(2)是，疾病名稱：

是否有傳染病：□(1)否 □(2)是，疾病名稱：

20.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.社區復健 □17.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：

**＊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：

* **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： 臺中市新社區衛生所 承辦人：洪雅雯

豐原區電話2515-2888 豐原區傳真：2515-8188

中西區電話2228-5260 中西區傳真：2225-0161

新社區電話2581-3514 新社區傳真：2581-0946

 備註：