

新竹縣長期照顧服務申請書

申請日期： 年 月 日

自行申請

請問您如何得知長照服務資訊： 宣傳單海報 報章雜誌 宣導活動 電視廣播
 網路搜尋 親友介紹 鄉鎮公所村里鄰長 醫院 居服員提供 其他：_____

轉介單位名稱：

轉介者姓名及電話：

一、需要服務者基本資料

【打*為必填欄位】

- *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. 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. 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
11. 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_____
12. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用： (1)否 (2)是_____
13. 目前是否住在機構： (1)否 (2)是，機構名稱：_____
14. 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：_____
15. 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)
16. 是否罹患疾病： (1)否 (2)是，疾病名稱：_____
17. 欲申請服務種類：
 1. 居家服務 2. 日間照顧 3. 家庭托顧 4. 小規模多機能服務 5. 交通接送服務
 6. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 7. 老人營養餐飲服務 8. 長照機構服務
 9. 社區整體照顧模式(ABC) 10. 機構喘息服務 11. 居家喘息服務 12. 居家護理
 13. 社區/居家復健 14. 預防及延緩失能與失智之服務 15. 家庭照顧者支持服務
 16. 失智共同照護中心 17. 失智症社區服務據點 18. 其他_____

18. 以上服務需依身份別部份負擔照顧費用是否可接受： (1) 否 (2) 是

*19. 需要服務者是否有傳染性疾病（肺結核、愛滋病、梅毒、B 型肝炎、傳染性皮膚病…等）？ (1) 否 (2) 是，疾病名稱：_____

*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：_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 區 _____ 村/里 _____ 鄰
_____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

*三、主要聯絡人資料

同上

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

◎本單位接獲申請書後，將評估您的照顧需求，並視情況將您的相關個人資料轉介至本府以外單位提供服務。

◎請檢附需要服務者身分證影本或個人戶籍謄本、身心障礙手冊影本、中低收入戶或低收入戶證明相關文件。

◎使用服務後若有福利身分別異動、戶籍異動、聘僱看護傭等不符補助規定等情事，請主動通知照顧管理人員，未適時通知經查證屬實者，自不符資格之日起停止補助。

◎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：_____

新竹縣長期照顧管理中心：
電話：03-5518101 分機 5212-5221
承辦人：

受理日期：
傳真：03-5531569
備註：