

新竹縣長期照顧服務申請書

一、需要服務者基本資料

申請日期： 年 月 日

【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. 是否為原住民：0. 否 1. 是，山地原住民 2. 是，平地原住民
- *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_____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： 國語 台語 客語 原住民 其他_____
11. 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
12. 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_____
13. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用： (1)否 (2)是_____
14. 目前是否就業中： (1)是 (2)否→ 有就業意願 無就業意願
15. 目前是否住在機構： (1)否 (2)是，機構名稱：_____
16. 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：_____
17. 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)
18. 是否罹患疾病： (1)否 (2)是，疾病名稱：_____
- *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：_____
20. 欲申請服務種類：
 1. 居家服務 2. 日間照顧 3. 機構喘息服務 4. 居家喘息服務
 5. 社區/居家復健 6. 居家護理 7. 老人營養餐飲服務 8. 機構服務
 9. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 10. 交通接送服務
 11. 密集性照顧 12. 其他_____
21. 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

*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

- ◎ 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：_____

備註：請檢附需要服務者戶口名簿或身分證影本、身心障礙手冊影本、中低收入戶或低收入戶證明相關文件。

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

新竹縣長期照顧管理中心： 電話：03-5518101 分機 5214-5221 承辦人：_____	受理日期： 傳真：03-5531569 備註：_____
---	------------------------------------