

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. 居家喘息服務 4. 機構喘息服務

5. 居家護理 6. 社區/居家復健 7. 老人營養餐飲服務 8. 機構服務

9. 交通接送服務 10. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 11. 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：	受理日期：
電話：03-5518101 分機 5214-5221	傳真：03-5531569
承辦人：	備註：