

# 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：

受理日期：

電話：03-5518101 分機 5212-5221

傳真：03-5531569

承辦人：

備註：