

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：