**臺東縣長期照顧服務申請書**

106.01.04製訂

109.02.04修訂

1. **需要服務者基本資料** 申請日期： 年 月 日
2. 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：
4. 是否為原住民：□ 否 □ 是 6.性別：□男 □女
5. 目前之居住狀況：□ 獨居 □ 固定與他人同住 □ 輪流與他人同住 □ 其他
6. 居住地址： 縣/市 市/鄉/鎮 區 村/里 鄰

 路/街 段 巷 弄 號 樓

1. 戶籍地址： □同上

 縣/市 市/鄉/鎮 區 村/里 鄰

 路/街 段 巷 弄 號 樓

1. 常用語言：
2. 目前是否領有身心障礙者手冊：□ 否 □ 是，障別： □ 申請中

 11-1障礙程度：□ 極重度 □ 重度 □ 中度 □ 輕度

1. 福利身分別：□ 列冊低收入戶 □ 列冊中低收入戶

 □ 身心障礙者生活補助 □ 中低收入老人生活津貼

1. 目前是否在最近三個月內有住院(含急診經驗)；

 □ 否 □ 是，住院原因：

1. 目前是否聘請外籍看護幫忙照顧：

 □ 否 □ 是 □ 申請中

1. 是否罹患疾病：

 □ 否 □ 是，疾病名稱：

1. **目前是否使用長期照顧服務：**

 □ 否 □ 是，使用之服務為：

1. **在沒有人或工具幫助的情形下，無法完成下列哪些活動：**

 □ 吃飯 □ 移位(上/下床) □ 室內/外走動 □ 穿脫衣褲鞋襪 □ 洗澡 □ 如廁

1. 欲申請服務種類

 照顧服務：□居家服務 □日間照顧服務 □家庭托顧服務

 專業服務：□居家復能 □社區復能 □營養照護 □臥床或長期活動受限照護

□居家護理指導與諮詢 □困擾行為照護(限心智功能障礙者)

□進食與吞嚥照護 □居家環境安全或無障礙空間規劃

□個別化服務計畫(ISP)擬定與執行(限精神障礙者)

 輔具服務：□輔具購買 □輔具租賃 □居家無障礙環境改善

 喘息服務：□居家喘息 □機構喘息 □日照喘息 □小規模多機能夜間喘息

 □ 交通接送 □ 營養餐飲服務 □ 長期照顧機構服務(限列冊中低收入戶)

 □ 轉介居家醫療 □ 轉介失智症照顧服務(□共照中心/□失智據點)

 □ 家庭照顧者支持性服務

□ 社區式交通接送服務(至日間照顧、托顧家庭、巷弄長照站、文健站、失智症據點)

 □ 居家失能個案家庭醫師照護 　□其他

1. **主要聯絡人資料**
2. 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. 居住地址： 縣/市 市/鄉/鎮 區 村/里 鄰

 路/街 段 巷 弄 號 樓

* 請依個案資料備齊下列文件，方可申請服務(備齊打勾)

 □戶口名簿影本或身分證影本 □身心障礙手冊影本 □中低收入戶證明 □低收入戶證明，郵寄或傳真至臺東縣長期照顧管理中心。

* 如何得知長照服務資訊：

□電視傳媒 □活動宣導 □親友介紹 □委託廠商 □衛生所 □鄉鎮公所 □村里長

□其他 。

* 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，並返還以支付之服務補助經費。

 **申請人簽名：**

1. **協助申請單位資料**

|  |
| --- |
| 　 受理申請單位： 承辦人： 電話： 傳真： 備註： |

1. **臺東縣長期照顧管理中心回覆**

|  |
| --- |
| * **個案姓名：　　　　　　　　　，CMS等級 級。**
* 是否符合補助條件：□1.符合

　　　　　　　　 □2.不符合，原因  　　　　　　 　　□3.其他  |

服務單位：**臺東縣長期照顧管理中心**

中心地址：台東市博愛路336號1樓

長照服務申請專線：1966

傳真：(089)340705