111年臺東縣社區整體照顧服務體系-

醫事巷弄長照站(C單位)計畫書

(範本)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 單位全銜： | | | |
| 承辦人： |  | 職稱： |  |
| 聯絡電話： |  | 傳真電話： |  |
| Email： |  | | |
| 通訊地址： |  | | |

1. 站點基本資料

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 編號 | 起始  開辦年 | 站名 | 服務地址 | 服務區域 | 主要  服務人員 | 預計  服務人數 | 志工  人數 | 預計開站時間 (請標註時段，例:08:00~11:00) |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □週一□週二□週三□週四□週五  開站時間（每時段至少三小時不含共餐時間）：  :00 ~ :00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □週一□週二□週三□週四□週五  開站時間（每時段至少三小時不含共餐時間）：  :00 ~ :00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □週一□週二□週三□週四□週五  開站時間（每時段至少三小時不含共餐時間）：  :00 ~ :00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □週一□週二□週三□週四□週五  開站時間（每時段至少三小時不含共餐時間）：  :00 ~ :00 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | □週一□週二□週三□週四□週五  開站時間（每時段至少三小時不含共餐時間）：  :00 ~ :00 |

場地設置情況：

|  |  |
| --- | --- |
| 站點名稱 | 場地設置情況 |
|  | 1. 場地為：   □自有合法場地（需檢附所有權人證明）  □公共建築物已取得主管機關同意（需檢附相關公文證明）  □非自有建築取得所有權人同意且有租賃契約   1. 活動空間有室內空間且活動空間為　　平方公尺；   樓層為　　樓，2樓以上□有電梯□無電梯。   1. 出入口及廁所無障礙空間，設有簡易廚房或備餐場地。 2. 配置2具以上滅火器□是　□否 3. 站點所在地是否同時申請其他方案補助經費或同時為其他用途（如：失智據點、村里辦公室、社區關懷據點、文化健康站）：   □是，請載明：　　　　　□否   1. 是否投保公共意外責任險   □是，請檢附證明文件  □否（新設立單位請於核定後一個月內投保並公文檢附函備證明文件）。 |

請依申請站數增列 (詳列各站點情況)

1. 計畫緣起

開辦地區人口特性、老化或潛在失能人口情形、當地服務需求迫切性及必要性。

1. 計畫目標

依計畫內容擬定關鍵指標，如開課班數、服務個案人數、服務個案人次、個案平均出席率、滿意度等。

1. 計畫執行期間

自民國111年○月○日至111年12月31日。

1. 申請單位簡介與相關服務經驗

請申請單位說明目前已接受縣市政府委託或補助之服務項目，以及相關辦理情形、評鑑等第等相關情況。

* 1. 單位簡介及相關經驗
  2. 組織與人力配置
     + 1. 組織結構圖
       2. 人力配置

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職稱 | 姓名 | 工作項目 |
|  |  |  |

1. 計畫內容
   1. 服務對象
      1. 長照服務對象：
         1. 65歲以上失能老人。
         2. 55歲以上失能原住民族。
         3. 50歲以上失智症患者。
         4. 日常生活須他協助的獨居老人或衰弱老人。
         5. 失能身心障礙者。
      2. 健康老人、衰弱老人。
   2. 服務項目：

社會參與、健康促進、共餐共食、預防延緩失能計畫（需另外申請預防延緩失能計畫）、加值辦理巷弄喘息服務

* 1. 110年執行情況：(新設立單位免填)
     + 1. 經費執行情況
       2. 每月服務人次數
       3. 辦理活動情況 (請詳列期間各項辦理活動及其成效)
       4. 具體成效 (請詳列說明並列舉成效實際案例及說明滿意度調查結果)
  2. 服務推動之具體策略 (列舉在地資源盤點及連結情形)
  3. 站點人力配置 （除正常人力配置外，請說明職務代理機制，巷弄喘息C+ 請說明照顧比例及人力運用情況）
  4. 服務流程SOP（必備：例行服務流程、長者緊急事件處理流程）
  5. 服務內容 (分別敘述四項服務內容及課程設計規劃)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 服務項目 | 執行方式、課程設計 | 預期效益（月） |
| **社會參與** |  | 預計服務\_\_\_\_人，服務\_\_\_\_\_\_\_人次。 |
| **健康促進** |  | 預計服務\_\_\_\_人，服務\_\_\_\_\_\_\_人次。 |
| **共餐共食** | （餐具應使用重複性環保餐具、不可使用一次性餐具、疫情期間遵照中央流行疫情指揮中心防疫指引辦理） | 預計服務\_\_\_\_人，服務\_\_\_\_\_\_\_人次。 |
| **預防延緩失能**   1. **請先行與方案團隊聯繫是否可以搭配站點服務** 2. **最少辦理一期，最多辦理三期。** | 本年度辦理　　期。  第一期：   1. 課程名稱: 2. 團隊: 3. 辦理期程:   第二期：  1. 課程名稱:  2. 團隊:  3. 辦理期程:  第三期：  1. 課程名稱:  2. 團隊:  3. 辦理期程: | 預計服務\_\_\_\_人，服務\_\_\_\_\_\_\_人次。  預計服務\_\_\_\_人，服務\_\_\_\_\_\_\_人次。  預計服務\_\_\_\_人，服務\_\_\_\_\_\_\_人次。 |
| **巷弄長照站臨托(僅限辦理五天站點加值辦理)** | 長照需要者至巷弄長照站接受照顧、停留，包含協助沐浴、進食、服藥及活動安排等。 | 每月預計服務\_\_\_\_人，每年服務量達\_\_\_人；\_\_\_\_人次。 |

* 1. 課程活動表（自行設計，每月應包含上述四大活動面向，請列舉課程表與課程計畫內容）
  2. 資源連結情形 (請詳述)

1. 經費概算（倘計畫執行期間未滿一年，請按比例計算）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 類別 | 項目 | 單價 | 數量 | 申請補助 | 單位自籌 | 小計 | 備註 |
| 業務費 |  |  |  |  |  |  |  |
| 開辦設施設備費  （僅新設立單位申請） |  |  |  |  |  |  |  |
| 充實設施設備費  （需營運滿三年） |  |  |  |  |  |  |  |
| 志工相關費用 |  |  |  |  |  |  |  |
| 人力加值費 |  |  |  |  |  |  |  |
| 預防及延緩失能  照顧計畫 |  |  |  |  |  |  |  |
| 小計 | | | |  |  |  |  |
| 計畫總經費為：(大寫)　　　　　　　　　元整($ )  申請補助為：(大寫)　　　　　　　　　　元整($ )  自籌經費為：(大寫)　　　　　　　　　 元整($ ) | | | | | | | |

1. 場地照片 (請自行增加格式)

|  |  |
| --- | --- |
| 無障礙入口 | 出入動線 |
|  |  |
| 廁所環境（具有扶手跟防滑措施） | 活動空間 |
|  |  |
| 簡易廚房或備餐場地 | 消防安全設備（滅火器、緊急照明、火警警報器） |
|  |  |
| 休息空間(巷弄喘息必需配有) | 長照服務招牌掛置  (新申辦站點不需檢附) |
|  |  |

1. 110年站點服務名冊(111年新申請尚未提供服務者得以免附)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 臺東縣　　　鄉　　站　　巷弄長照站服務名冊 | | | | | | | | | |
| 編序 | 性別 | 姓名 | 出生年月日 | 住址 | 連絡電話 | 主要聯絡人 | 緊急聯絡人  (稱謂) | 電話 | 身分別 |
| 例 | 女 | 陳XX | 28.1.1 | 臺東縣XX鄉XX村XX路X號 | 09XXXXXXXX | 陳XX | 女兒 |  | □65歲以上失能老人  □55歲以上失能原住民族  □50歲以上失智症患者  □失能身心障礙者  □(亞)健康、衰弱老人 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. 資料檢視表

|  |  |
| --- | --- |
| □ | 服務單位[申請表](107年度基金申請格式--申請表格式.docx)一式二份 |
| □ | 計畫書一式二份 |
| □ | 醫療機構檢附開業執照或組織規章 |
| □ | 場地使用同意證明文件、實地照片 |
| □ | 公共意外責任險投保證明(新設單位請於正式營運前函附本局) |

備註：

1. 影本資料請加蓋與正本相符及經手人職章。
2. 請詳細提供本範本所列舉之需求資料，表單不敷使用請自行增列。