

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：

壹、 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）
1.								☐ 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
2.								☐ 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
3.								☐ 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
4.								☐ 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
5.								☐ 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 2. 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。 3. 出入口及廁所無障礙空間，設有簡易廚房或備餐場地。 4. 配置2具以上滅火器☐是 ☐否 5. 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 6. 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）

貳、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。

參、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。

肆、計畫執行期間

自民國 111 年○月○日至 111 年 12 月 31 日。

伍、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。

一、單位簡介及相關經驗

二、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

陸、計畫內容

一、服務對象

i. 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。

ii. 健康老人、衰弱老人。

二、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

三、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）

四、服務推動之具體策略（列舉在地資源盤點及連結情形）

五、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）

七、 服務內容（分別敘述四項服務內容及課程設計規劃）

八、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）

柒、經費概算（倘計畫執行期間未滿一年，請按比例計算）

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(\$)			

捌、 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)

玖、 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

拾、 資料檢視表

☐	服務單位申請表一式二份
☐	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：

- 一、 影本資料請加蓋與正本相符及經手人職章。
- 二、 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。