

新竹市政府/新竹市長期照顧管理中心服務申請表

| | |
|------|---|
| 個案來源 | <input type="checkbox"/> 1.自行 <input type="checkbox"/> 2.電洽 <input type="checkbox"/> 3.轉介(單位：_____) <input type="checkbox"/> 4.長照 ABC (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C /單位：_____) <input type="checkbox"/> 5.失智共照中心(單位：_____) <input type="checkbox"/> 6.失智社區服務據點(單位：_____) <input type="checkbox"/> 7. 1966 |
|------|---|

一、 基本資料： ※同戶中有無長照服務使用者：1.無 2.有·姓名_____

| | | | | | | | |
|---|---|------|---|---|----------------------|--|--------|
| 1.姓名 | | 2.性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 3.出生 | 民國_____年_____月_____日 | 4.年齡： | _____歲 |
| 5.身分證字號 (個案編號)： | | | | 6.電話 | | | |
| 7.現居地 | 市(縣)_____區(鎮,鄉)_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓 | | | | | | |
| 8.居住狀態 | <input type="checkbox"/> 1.獨居 <input type="checkbox"/> 2.固定與他人同住 <input type="checkbox"/> 3.輪流與他人同住 <input type="checkbox"/> 4.其他： | | | | | | |
| 9.常用語言 | <input type="checkbox"/> 1.國語 <input type="checkbox"/> 2.台語 <input type="checkbox"/> 3.客家語 <input type="checkbox"/> 4.原住民族語 <input type="checkbox"/> 4.其他： | | | | | | |
| 10.身障手冊 | <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是：障別_____ (<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度) <input type="checkbox"/> 3.申請中 (申請日期_____月_____日) | | | | | | |
| 11.身份別 | <input type="checkbox"/> 1.低收入戶：_____款 <input type="checkbox"/> 2.中低收入戶：_____倍 <input type="checkbox"/> 3.一般戶 <input type="checkbox"/> 4.榮民 <input type="checkbox"/> 5.其他 | | | | | | |
| 12.目前是否領有政府提供之其他照顧補助費用： <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是：_____元 | | | | | | | |
| 13.目前是否就業中： <input type="checkbox"/> 1.是 <input type="checkbox"/> 2.否-> <input type="checkbox"/> 有就業意願 <input type="checkbox"/> 無就業意願 | | | | | | 14.目前是否住在機構： <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是 | |
| 15.目前三個月內是否有住院(含急診經驗)： <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是·原因： | | | | | | | |
| 16.目前是否聘請看護幫忙照顧： <input type="checkbox"/> 1.否 <input type="checkbox"/> 2.是 <input type="checkbox"/> 3.申請中 (<input type="checkbox"/> a.本籍 <input type="checkbox"/> b.外籍) | | | | | | | |
| 17.疾病狀況 | <input type="checkbox"/> 1.無 <input type="checkbox"/> 2.中風 <input type="checkbox"/> 3.高血壓 <input type="checkbox"/> 4.糖尿病 <input type="checkbox"/> 5.心臟病 <input type="checkbox"/> 6.呼吸器官疾病 <input type="checkbox"/> 7.肝膽腸胃病 <input type="checkbox"/> 8.腎臟病 <input type="checkbox"/> 9.泌尿道疾病 <input type="checkbox"/> 10.骨科疾病 <input type="checkbox"/> 11.精神疾病 <input type="checkbox"/> 12.失智症 <input type="checkbox"/> 13.植物人 <input type="checkbox"/> 14.巴金森氏症 <input type="checkbox"/> 15.癌症：_____ <input type="checkbox"/> 16.傳染疾病：_____ <input type="checkbox"/> 17.其他：_____ | | | | | | |
| 18.欲申請服務項目 (可複選)： | | | | | | | |
| 1.照顧服務：(<input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 家庭托顧) | | | | <input type="checkbox"/> 4.輔具購買、租借 <input type="checkbox"/> 5.居家無障礙環境改善 <input type="checkbox"/> 6.喘息服務 (機構/居家/日照/小規模夜喘/巷弄喘息) <input type="checkbox"/> 7.營養餐飲服務 <input type="checkbox"/> 8.機構服務 (公費安置) <input type="checkbox"/> 9.失智症照顧服務 <input type="checkbox"/> 10.家庭照顧者支持服務 <input type="checkbox"/> 11.家庭醫師照顧方案 (需搭配上上述 1-6 項服務方能使用) <input type="checkbox"/> 12.其他：_____ | | | |
| 2.醫事專業服務： (<input type="checkbox"/> 復能照護 <input type="checkbox"/> 個別化服務計畫 <input type="checkbox"/> 營養 <input type="checkbox"/> 困擾行為 <input type="checkbox"/> 進食與吞嚥 <input type="checkbox"/> 臥床或長期活動受限 <input type="checkbox"/> 居家護理指導 <input type="checkbox"/> 居家環境安全規劃指導) | | | | | | | |
| 3.交通接送服務-限定就醫或復健用途 | | | | | | | |

二、 聯絡人資訊 (必填*)：

| | | | | | | |
|-----------|------------------------------|------|----|---|----------------------|----------------------|
| 19.主要聯絡人* | 姓名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身分證字號 | |
| | <input type="checkbox"/> 聯絡人 | 連絡電話 | | | 出生年月日 | 民國_____年_____月_____日 |
| | <input type="checkbox"/> 代理人 | 住址 | | | 與申請人關係 | |
| 20.主要照顧者* | 姓名 | | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身分證字號 | |
| | 連絡電話 | | | 出生年月日 | 民國_____年_____月_____日 | |
| | 住址 | | | 與申請人關係 | | |

※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：_____ 申請日期：_____年_____月_____日 中心處理日期_____年_____月_____日

| | | | | |
|---------------------------------------|--|--|------|--|
| 照管中心 審核結果 開(派)案日期 ____月____日 | <input type="checkbox"/> 開案(<input type="checkbox"/> 不需失能評估 <input type="checkbox"/> 需評估) 家訪日期_____年_____月_____日 <input type="checkbox"/> 不開案，原因：_____ | | | |
| | 主責照專： | | 審核人： | |