

# 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 )							
<input type="checkbox"/> 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：	