

\_\_\_\_\_年度失智照護服務計畫  
分項一失智社區服務據點申請檢核表

項目	檢核內容	檢核結果
計畫申請	1.於公告期限內函送計畫申請書，送件時間：_____	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2.提交執行計畫書 1 式 5 份及電子檔。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行單位	執行單位：_____ <input type="checkbox"/> 醫事單位 <input type="checkbox"/> 長照單位 <input type="checkbox"/> 社福機構單位 <input type="checkbox"/> 失智相關服務單位 <input type="checkbox"/> 其他：_____	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行項目	<input type="checkbox"/> 認知促進、緩和失能 <input type="checkbox"/> 安全看視 <input type="checkbox"/> 照顧者支持團體(輔導諮商) <input type="checkbox"/> 照顧者照顧課程 <input type="checkbox"/> 預防延緩模組，_____期 (至多 3 期)	
	1.申請項目應至少包含認知促進、緩和失能及照顧者支持團體(輔導諮商) 或照顧者照顧課程。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2.認知促進、緩和失能課程應每週辦理且固定時段。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	3.認知促進、緩和失能課程總數多於照顧者支持團體(輔導諮商)或照顧者照顧課程之合計。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	4.任一服務時段，未單一辦理安全看視。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	5.申請全日服務，於中午用餐時間有辦理共餐活動。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行地點	1.執行地址：_____	
	2.執行地點屬性： <input type="checkbox"/> 單位自有 <input type="checkbox"/> 租/借用，公有空間：_____ <input type="checkbox"/> 租/借用，私有空間：_____ <input type="checkbox"/> 場地租(借)用相關證明文件(場地如涉及其他使用目的，應檢附相關業務權責主管機關備查文件)。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	3.執行地點有無與其他長期照顧補助方案同址及同時段： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，方案名稱：_____ <input type="checkbox"/> 同址同時段，區隔空間 <input type="checkbox"/> 同址同時段，無區隔空間 <input type="checkbox"/> 同址不同時段，區隔空間 <input type="checkbox"/> 同址不同時段，無區隔空間 <small>備註：執行地點不與其他長期照顧相關補助方案同地址，若同址不同時段或同址同時段但有獨立空間可明顯區隔者，不在此限。</small>	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	4.執行地點空間規劃說明： <input type="checkbox"/> 現場照片 <input type="checkbox"/> 場地使用配置平面圖(包含場地使用配置圖，並說明總坪數、現有場所及逃生出入口處、各項服務場地空間配置、無障礙情形等)。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行時間	申請期程及時段：	
	1.申請執行期程應符合計畫作業須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2.申請執行時段應符合計畫作業須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行經費	申請總經費：_____元 (含失智社區服務據點經費：_____元及預防延緩模組_____元)	
	1.補助經費編列項目或費用支出規範應符合計畫基準及使用範圍。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2.申請補助總經費符合計畫補助標準。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合

單位簽章：

負責人簽章：

\_\_\_\_\_年度失智照護服務計畫  
分項二失智共同照護中心申請檢核表

項目	檢核內容	檢核結果
計畫申請	1.於公告期限內函送計畫申請書，送件時間：_____	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2.提交執行計畫書 1 式 5 份及電子檔。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行單位	執行單位：_____ (須可提供失智確診單位)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行項目	<input type="checkbox"/> 個案管理服務 <input type="checkbox"/> 共同照護平台服務 ( <input type="checkbox"/> 失智據點輔導 <input type="checkbox"/> 失智照護人才培訓 <input type="checkbox"/> 公共識能教育宣導)	
	1.執行項目應包含上述各項服務	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2.各項服務執行績效符合計畫須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	3.設有單一服務窗口及連絡電話。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	4.組織架構成員配置有個案管理師(須具失智相關培訓或臨床照顧經驗知能，於半年內完成失智個管師訓練)	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	5.失智據點輔導應提供據點專業諮詢、教育訓練、協助疑似個案確診評估等內容，須訂定有據點輔導計畫。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	6.失智照護人才培訓應包含據點內之服務人員及醫事人員及照顧服務人員。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行地點	1.執行地址：_____	
	2.執行地點屬性： <input type="checkbox"/> 單位自有 <input type="checkbox"/> 租/借用，公有空間：_____ <input type="checkbox"/> 租/借用，私有空間：_____ <input type="checkbox"/> 場地租(借)用相關證明文件(場地如涉及其他使用目的，應檢附相關業務權責主管機關備查文件)。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行時間	申請期程及時段：	
	1.申請執行期程應符合當年度作業須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2.申請執行時段應符合當年度作業須知規定。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
執行經費	申請總經費：_____元 (含個案服務經費：_____元及失智共照平台費_____元)	
	1.補助經費編列項目或費用支出規範應符合計畫基準及使用範圍。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合
	2.申請補助總經費符合計畫補助標準。	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合

備註：配合中央政策予以修正。

單位簽章：

負責人簽章：