

高雄市長期照顧服務申請書

一、需要服務者基本資料

申請日期：110年4月25日

- *1. 姓名：馬沙基 *2. 出生日期：民國(1. 前2. 國) 38 年 2 月 2 日
- *3. 國民身分證統一編號：S123456789 *4. 電話：(07)321-1234
- *5. 是否為原住民：☒0. 否 ☐1. 是, 山地原住民 ☐2. 是, 平地原住民
- *6. 性別：☒ (1) 男 ☐ (2) 女
- *7. 目前居住狀況：☐ (1) 獨居 ☐ (2) 固定與他人同住 ☐ (3) 輪流與他人同住 ☒ (4) 其他
- *8. 居住地址：高雄 縣／☒ 市 鳳山 區 鎮北 村／☐ 里
北賢 路／☒ 街 段 巷 弄 1 號 樓
9. 戶籍地址：☒ 同上
縣／市 市／鄉／鎮 區 村／里 鄰
路／街 段 巷 弄 號 樓
10. 常用語言：台語
11. 目前是否領有身心障礙者手冊：☐ (1) 否 ☒ (2) 是，障別：第七類
 障礙程度：☐ (1) 極重度 ☐ (2) 重度 ☒ (3) 中度 ☐ (4) 輕度
12. 社會福利身分別：☒ (1) 一般戶老人 ☐ (2) 中低收入老人 ☐ (3) 低收入戶老人
☐ (4) 一般戶身心障礙者 ☐ (5) 中低收入身心障礙者
☐ (6) 低收入戶身心障礙者 ☐ (7) 其他
13. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用：☒ (1) 否 ☐ (2) 是
14. 目前是否就業中：☐ (1) 是 ☒ (2) 否 → ☐ 有就業意願 ☒ 無就業意願
15. 目前是否住在機構：☐ (1) 否 ☒ (2) 是
16. 最近三個月內是否有住院（含急診經驗）：☒ (1) 否 ☐ (2) 是，住院原因：
17. 目前是否聘請看護幫忙照顧：
☒ (1) 否 ☐ (2) 是 (☐ 17a. 本籍 ☐ 17b. 外籍) ☐ (3) 申請中 (☐ 17c. 本籍 ☐ 17d. 外籍)
18. 是否罹患疾病：☐ (1) 否 ☒ (2) 是，疾病名稱：中風、高血壓...
19. 欲申請服務種類：
- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> 1. 居家服務 | <input type="checkbox"/> 2. 日間照顧 | <input type="checkbox"/> 3. 家庭托顧 | <input checked="" type="checkbox"/> 4. 復能照護 |
| <input type="checkbox"/> 5. 個別化服務計畫擬定與執行 | <input type="checkbox"/> 6. 營養照護 | <input checked="" type="checkbox"/> 7. 進食與吞嚥照護 | |
| <input type="checkbox"/> 8. 困擾行為照護 | <input type="checkbox"/> 9. 臥床或長期活動受限照護 | <input type="checkbox"/> 9. 居家護理指導與諮詢 | |
| <input type="checkbox"/> 10. 居家環境安全或無障礙空間規劃 | <input type="checkbox"/> 11. 居家喘息服務 | <input checked="" type="checkbox"/> 12. 機構喘息服務 | |
| <input type="checkbox"/> 13. 日間照顧中心喘息服務 | <input type="checkbox"/> 14. 小規模多機能服務-夜間喘息 | | |
| <input type="checkbox"/> 15. 巷弄長照站臨托 | <input checked="" type="checkbox"/> 16. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善 | | |
| <input type="checkbox"/> 17. 老人營養餐飲服務 | <input checked="" type="checkbox"/> 18. 交通接送服務 | | |
| <input type="checkbox"/> 19. 其他 | | | |

*二、代理人基本資料

- 1.姓名：馬東實 2.國民身分證統一編號：S178945632
3.電話：(H) (07)321-1234 (O) _____ 手機：0910-111222
4.與需要服務者的關係或身分：父子
5.通訊地址：高雄縣／市 _____市／鄉／鎮鳳山區鎮北村／里 _____鄰
北賢路／街 _____段 _____巷 _____弄1號 _____樓

*三、主要聯絡人資料

- 1.姓名：馬東實
2.電話：(H) (07)321-1234 (O) _____ 手機：0910-111222
3.與需要服務者的關係或身分：父子
4.通訊地址：高雄縣／市 _____市／鄉／鎮鳳山區鎮北村／里 _____鄰
北賢路／街 _____段 _____巷 _____弄1號 _____樓

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：馬東實

是否符合收案條件：☒ 1. 符合

☐ 2. 不符合，原因：

☐ 3. 其他：_____

受理申請單位：好安心護理之家

承辦人：蔡禕苓

電話：(07)713-1234

傳真：(07)713-1235

備註：個案現居住本機構(地址：高雄市苓雅區福德路1號)，預計110年5月1日返家。