**新竹市衛生局**

**巴氏量表到宅評估申請書**

申 請 日 期： 年 月 日

補正完成日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請人姓名 | | |  | 身分證字號 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請人聯絡電話 | 日間電話： | | | 申請人通訊地址： | | | | | | | | | | | |
| 行動電話： | | | 被看護者現居地址： | | | | | | | | | | | |
| 被看護者姓名  **※本欄位資料應由申請人填寫，皆為必填欄位** | |  | | 身分證字號 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被看護者生日 | | 年 月 日 | | 與 申 請 人 關 係 | | |  | | | | | | | | |
| 請勾選欲申請之醫院及診所名單 | | □ 國立臺灣大學醫學院附設新竹臺大分院新竹醫院  □ 台灣基督長老教會馬偕醫療財團法人新竹馬偕紀念醫院  □ 國軍桃園總醫院新竹分院附設民眾診療服務處  □ 國泰醫療財團法人新竹國泰綜合醫院  □ 蘇銘煜診所 □ 晨心兒科診所  □ 劉復國診所 □ 陳志成耳鼻喉科診所  □ 邱診所 □ 實和診所  □ 羅興邦家庭醫學科診所 □ 康德診所  □ 億安診所 □ 陳吳坤骨科診所 | | | | | | | | | | | | | |
| 申請時應檢附文件： | | | | | 被看護者狀況初審結果： | | | | | | | | | | |
| □1.申請人與被看護人身分證正反面影本  □2.身心障礙證明正反面影本(若無則免附)  □3.原就診醫院：由專科醫師開立詳述病況  之診斷證明書  □4.非原就診醫院：專科醫師開立符合收案  標準相關就診、入院或出院病歷摘要 | | | | | □1. 全癱臥床無法自行下床者  □2. 24小時使用呼吸器或維生設備  □3. 領有極重度身心障礙手冊  □4. 植物人  □5. 不符合 | | | | | | | | | | |
| ※備註：  1.申請人與被看護人之關係需為直系血親或三等親之關係。  2.到宅評估費用均需民眾自付，如評估結果未達申請外籍看護工標準者，恕無法退還。  3.到宅評估時間由評估單位與申請人共同排定，到宅評估時請申請人務必在場。  4.申請人具結保證被看護者確實為被看護者本人，若有不實，申請人願負法律責任。  **上述注意事項，申請人已詳細閱讀並同意。**  申請人簽名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| □派案，評估鑑定醫院：  □不派案，提供到院評估醫院與長照服務資訊後結案。  **新竹市長期照顧管理中心 承辦人：**  **科長：** | | | | | | | | | | | | | | | |

110.08.02版