**新竹市政府/新竹市長期照顧管理中心申請表**

|  |  |
| --- | --- |
| 個案來源: | □1 自行 □2 照管中心□3 轉介(單位:□醫院: □其他: )□4 長照ABC(□A站: □B站: □C站: )  |

**基本資料:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1姓名 |  | 2性別 | □1男□2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戶籍 |  市(縣) 區(鎮.鄉) 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓 |
| 8地址 | □1同戶籍 □2其他: |
| 9居住狀態 | □1獨居 □2固定與他人同住 □3輪流與他人同住 □4其他: |
| 10常用語言 | □1國語 □2台語 □3客家語 □4原住民族語 □5其他: |
| 11身障手冊 | □1否□2是:障別 (□1輕□2中□3重□4極重度) □3申請中(申請日期 月 日) |
| 12身份別 | □1低收入戶: 款 □2中低收入戶: 倍 □3一般戶 □4榮民 □5其他 |
| 13目前是否領有政府提供之其他照顧補助費用: □1否 □2是: 元 |
| 14目前是 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是 □2否 |
| 16目前是否在最近三個月內有住院 (含急診經驗): □1否 □2是，原因: |
| 17目前是否聘請看護幫忙照顧: □1否 □2是 □3申請中 (□a本籍 □b外籍) |
| 18疾病狀況 | □1無□2中風 □3高血壓 □4糖尿病 □5心臟病 □6呼吸器官疾病□7肝膽腸胃病□8腎臟病 □9泌尿道疾病 □10骨科疾病 □11精神疾病 □12失智症 □13植物人□14巴金森氏症□15癌症: □16傳染疾病: □17其他: |
| 19欲申請服務項目(可複選):1.照顧服務(□居家服務 □日間照顧 □家庭托顧) □2.醫事專業服務(□復能照護/□個別化服務計畫/□營養/□進食與吞嚥/□困擾行為/□臥床或長期活動受限/□居家環境安全規畫指導/□居家護理指導)□3.交通接送服務-限定就醫或復健用途 □4.輔具購買、租借 □5.居家無障礙環境改善□6.喘息服務(機構/居家/日照/小規模夜喘/巷弄喘息) □7.營養餐飲服務 □8.機構服務(公費安置)□9.失智症照顧服務 □10.家庭照顧者支持服務 □11.銜接居家醫療 □12其他: |
| 20主要聯絡人 | 姓名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 連絡電話 |  | 出生 | 民國 年 月 日 |
| 地址 |  | 與申請人關係 |  |
| 21代理人 | 姓名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 連絡電話 |  | 出生 | 民國 年 月 日 |
| 地址 |  | 與申請人關係 |  |

 ※最後煩請你再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或不正當行為或虛偽之證明申請補助之費用者，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 | □**開案:** □不須失能評估 □需評估 **家訪日期:\_\_\_年\_\_\_月\_\_\_日**□**不開案:** □原因:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**主責照專: 審核人:** |

請傳真到本中心 (03)5355230後，並致電03-5355283確認，謝謝!

 2019-06-20更新