

# 新竹縣長期照顧服務申請書

申請日期： 年 月 日

## 自行申請

請問您如何得知長照服務資訊：

宣傳單海報  報章雜誌  宣導活動  電視廣播  網路搜尋  親友介紹  醫院  
 鄉鎮公所村里鄰長  居服員提供  其他：\_\_\_\_\_

中心開發  自行開發  1966 專線  其他：\_\_\_\_\_ (填單人：\_\_\_\_\_)

轉介單位名稱：\_\_\_\_\_ 轉介者姓名及電話：\_\_\_\_\_

## 一、需要服務者基本資料

### 【打\*為必填欄位】

- \*1. 姓名：\_\_\_\_\_ \*2. 出生日期：民國(1.前 2.國)\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
- \*3. 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_ \*4. 電話：\_\_\_\_\_
- \*5. 是否為山地原住民： 0. 否  1. 是 \*6. 性別： (1)男  (2)女
- \*7. 目前之居住狀況： (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：\_\_\_\_\_ 縣/市 \_\_\_\_\_ 市/鄉/鎮 \_\_\_\_\_ 區 \_\_\_\_\_ 村/里 \_\_\_\_\_ 鄰  
 \_\_\_\_\_ 路/街 \_\_\_\_\_ 段 \_\_\_\_\_ 巷 \_\_\_\_\_ 弄 \_\_\_\_\_ 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. 目前是否領有身心障礙者手冊： (1)否  (2)是，障別：\_\_\_\_\_
- 障礙程度： (1)極重度  (2)重度  (3)中度  (4)輕度
11. 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\_\_\_\_\_
12. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用： (1)否  (2)是\_\_\_\_\_
13. 目前是否住在機構： (1)否  (2)是，機構名稱：\_\_\_\_\_
14. 目前是否在最近三個月內有住院(含急診經驗)：  
 (1)否  (2)是，住院原因：\_\_\_\_\_
15. 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)
16. 是否罹患疾病： (1)否  (2)是，疾病名稱：\_\_\_\_\_
17. 欲申請服務種類：  
 1. 居家服務  2. 日間照顧  3. 家庭托顧  4. 小規模多機能服務  5. 交通接送服務  
 6. 輔具購買、租借及居家無障礙環境改善  7. 老人營養餐飲服務  8. 長照機構服務  
 9. 社區整體照顧模式(ABC)  10. 喘息服務  11. 專業服務  12. 家庭照顧者支持服務  
 13. 預防及延緩失能與失智之服務  14. 失智共同照護中心  15. 失智症社區服務據點  
 16. 居家失能家庭醫師照護  17. 其他\_\_\_\_\_
18. 以上服務需依身份別部份負擔照顧費用是否可接受： (1)否  (2)是
- \*19. 需要服務者是否有傳染性疾病(肺結核、愛滋病、梅毒、B型肝炎、傳染性皮膚病…等)?  (1)否  (2)是，疾病名稱：\_\_\_\_\_

**\*二、代理人基本資料**

- 1.姓 名：\_\_\_\_\_ 2.國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_
- 3.電 話：(H) \_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_ 手機\_\_\_\_\_
- 4.與需要服務者的關係或身分：\_\_\_\_\_
- 5.通訊地址：\_\_\_\_\_縣／市\_\_\_\_\_市／鄉／鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村／里\_\_\_\_\_鄰  
\_\_\_\_\_路／街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

**\*三、主要聯絡人資料**

同上

- 1.姓 名：\_\_\_\_\_
- 2.電 話：(H) \_\_\_\_\_ (O) \_\_\_\_\_ 手機\_\_\_\_\_
- 3.與需要服務者的關係或身分：\_\_\_\_\_
- 4.通訊地址：\_\_\_\_\_縣／市\_\_\_\_\_市／鄉／鎮\_\_\_\_\_區\_\_\_\_\_村／里\_\_\_\_\_鄰  
\_\_\_\_\_路／街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

- ◎本單位接獲申請書後，將評估您的照顧需求，並視情況將您的相關個人資料轉介至本府以外單位提供服務。
- ◎請檢附需要服務者身分證影本或個人戶籍謄本、身心障礙手冊影本、中低收入戶或低收入戶證明相關文件。
- ◎使用服務後若有福利身分別異動、戶籍異動、聘僱看護傭等不符補助規定等情事，請主動通知照顧管理人員，未適時通知經查證屬實者，自不符資格之日起停止補助。
- ◎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：\_\_\_\_\_

新竹縣長期照顧管理中心：

受理日期：

電話：總 站：03-5518101 分機 5206、5212-5220、5250-5255

竹東分站：03-5101176 分機 11-16

關西分站：03-5878381

尖石分站：03-5842563(每星期二、三、四)、03-5841011(每星期一、五)

五峰分站：03-5851263

傳真：總 站：03-5531569 竹東分站：03-5103716 關西分站：03-5170672

五峰分站：03-5851472