

失能身心障礙者使用居家照顧費用服務補助申請書（含切結書）

一、接受居家服務者之基本資料

- 1.姓 名：_____。 2.性 別：☐1.男 ☐2.女。
- 3.國民身分證統一編號：_____。是否為原住民：☐1.否 ☐2.是，族別：_____。
- 4.出生日期：民國____年____月____日。電 話：_____。
- 5.通訊地址：_____。
- 6.戶籍地址：_____。
- 7.身分別：☐1.一般戶 ☐2.低收入戶 ☐3.中低收入戶
- 8.失能類別：☐1.一般失能身心障礙者 ☐2.失智症患者 ☐3.慢性精神病患者。
☐4.智能障礙者 ☐5.自閉症者
- 9.目前需要服務者是否住在機構：
☐1.否 ☐2.是→(是否接受公費補助：☐9a.是 ☐9b.否)。
- 10.目前是否聘請看護幫忙照顧：☐1.否 ☐2.是→(☐10a.本籍 ☐10b.外籍)。
- 11.在沒有人或工具幫助的情形下，需要服務者無法完成下列哪些活動：
☐1.吃飯 ☐2.上／下床 ☐3.室內／外走動 ☐4.穿衣服 ☐5.洗澡 ☐6.上廁所。

二、申請居家照顧服務項目

- ☐1.居家護理。
- ☐2.身體照顧服務及家務服務。
- ☐3.送餐到家。
- ☐4.居家復健。

二、代理人基本資料

- 1.姓 名：_____。 2.國民身分證統一編號：_____。
- 3.電 話：_____。 4.與需要服務者的關係或身分：_____。
- 5.通訊地址：_____。

◎切結書

申請人_____茲申請身心障礙者使用居家服務，如有接受機構收容安置、聘僱看護（傭）、領有政府提供之特別照顧費津貼、日間照顧費或其他照顧費用補助等虛報、隱匿或其他不當行為之情形，經查明者，則無條件停止本項服務，且返還政府已支付照顧服務員之相關費用。另外，本服務不提供罹患開放性肺結核傳染病者及具攻擊行為之精神病患，如有隱匿不報之情形，以致照顧服務員或督導員受到身心傷害，所導致之後果，概由申請人負責。

申請人（或代理人）簽名：_____

申請日期：_____年_____月_____日

◎檢附資料：申請本項服務者，應填妥申請書，並備齊戶口名簿影本及身心障礙手冊（證明）影本；

若失能類別為「失智症患者」應檢附醫院證明並載明 CDR 評估結果及分數為一分以上之證明文件。

◎公所初審：

承辦人員：

課長：

鄉、鎮（市）長：

◎ 直轄市、縣市政府審核意見：

◎ 姓名：

身份證字號：

◎ 鑑定日期：

☐舊制

☐新制

障別程度：

查核民眾是否有申請以下事項補助：

是否有接受臨時及短期照顧服務補助：☐無 ☐有 接受服務內容

是否有接受身心障礙者日間照顧及住宿式照顧補助：☐無 ☐有 接受服務內容

是否有接受家庭托顧補助：☐無 ☐有 接受服務內容

利用外勞動態系統查核（☐無 ☐有）聘僱外籍看護（傭）並接受照顧。

承辦人：

科長：

敬會：社會救助科

是否為中低收入戶或低收入戶：☐否 ☐是 ☐低收入戶 ☐中低收入戶

☐符合申請資格，轉評估單位進行評估。

☐不符合申請資格，退還申請書給鄉鎮市公所。

承辦人：

科長：

處長：