|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名**臺中市政府社會局低收入戶孤苦無依老人收容照顧補助申請表**107.1.1起適用 |  | 性 別 | 男□女□ | 年月日出 生 | 民 年 月 日 足齡 歲 | 福利身份 | □低收入戶  |
| 出生地 |  省/市縣/市 | 身份證字號 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 效期: |
| 直系卑親屬人數調查 | □經查申請人無任何 直系卑親屬。 | 直系卑親屬住址及聯絡電話 | 聯絡住址：聯絡電話：( ) |
| □經查申請人計有直系卑親屬計\_\_\_名列如下： |
| 直系卑親屬無扶養能力說明\*請參照社會救助法施行細則第五條 | □列冊低收入戶。□罹患嚴重傷、病，必須三個月以上之治療或療養至不能工作。□因照顧特定身心障礙或罹患特定病症且不能自理生活之共同生 活或受扶養親屬，至不能工作。□身心障礙至不能工作。□依就業保險法第二十五條規定辦理失業認定或依同法第二十九 條、第三十條規定辦理失業再認定，並取得失業認定證明。□其他事由 ※ 檢附證明文件名稱  |
| 姓 名 | 稱 謂 |
|  |  |
|  |  |
| 戶籍地址 |  縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓 |
| 通訊地址 | □同戶籍地址 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓 |
| 緊急聯絡 人 | 姓 名 |  | 關 係 |  | 電 話 | ( )- |
| 地 址 |  縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓 |
| 案主婚姻狀況 | □未婚 □已婚 □離婚 □鰥/寡 □其他，  |
| 案 主健康概況 | 健保卡：□有（□一般□福保）□無（請說明） 身心障礙手冊/證明：□有，類別： 等級： □無其他摘述： |
| 基本資格 | 是否設籍本市： □是 □否是否有生活自理能力：□是 □否 | 擬 安 置機構名稱 | □臺中市立仁愛之家□衛生福利部中區老人之家□其他私立機構：  |
| 照顧類別 | □安養：身心健康行動正常而乏人照料的老人。□養護：未達中度失能之低收孤苦無依老人。 | 右列疾病是否罹有 | □**否** □ 肺 結 核 □ B或C型肝炎 □梅毒或AIDS  |
| 申請人或法定代理人簽章(簽名或蓋章可擇一) | 簽 章 | 申請機關 | 區公所 | 課 長 | 核 章 | 區 長 | 核 章 |
| 承辦人 | 核 章 |
| 申請時間 | 年 月 日 |

* 請檢具下列表件提出申請：申請人身分證影本、戶口名簿影本或電子戶籍謄本(請擇一檢附)、申請年度低收入戶證明書(若申請時有跨年度之情形請同時檢附下年度低收入戶證明書)、衛生署評鑑合格醫院最近三個月內開立之體格檢查表(需含肺部X光、B型肝炎、C型肝炎、梅毒血清、AIDS、法定傳病等檢驗項目)。**體檢表請依欲入住機構格式提供。**
* 限制：基於福利不得重複請領原則，已獲准老人收容照顧費用補助者，不得再重複領取任何補助或津貼。原領取之補助或津貼優於本補助標準者，依擇優領取原則，不予核定本項安置補助。補助對象應符合未聘僱看護、未接受其他機構收容安置、未領有政府提供之其他照顧費用、生活補助或津貼等。