**切結 書**

茲本人 (原照顧者)原申請「臺中市政府社會局中低收入

老人特別照顧津貼」照顧 (受照顧者)，因故自

 年 月起改由 (替代照顧者) 擔任主要照顧

者並領取上述津貼，特此切結為憑。

此致

臺中市政府社會局

原照顧者（簽章）：

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

替代照顧者（簽章）：

與被照顧者關係：

身分證字號：

戶籍地址：

聯絡電話：

**替代照顧者**須同意以下事項並切結

1. 本人確實與受照顧者設籍及實際居住於臺中市。
2. 本人確實未從事全時工作，且實際負責照顧受照顧者。
3. 本人確實已向受照顧者確認其並未接受機構收容安置、居家服務、未僱用看護（傭）、未領有政府提供之日間照顧服務補助或其他照顧服務補助。
4. 本人年滿16歲，未滿65歲，且無下列情事之一者。

 (1)25歲以下仍在國內就讀空中大學、高級中等以上進修學校、在職班、學分班、僅於夜間或假日上課、遠距教學以
 外之學校，致不能工作。

(2)身心障礙致不能工作。

 (3)罹患嚴重傷、病，必須3個月以上之治療或療養致不能工作。

 (4)婦女懷胎6個月以上至分娩後2個月內，致不能工作。

 (5)受監護宣告及輔助宣告者。

1. 本人**未領有身心障礙者生活補助**(依衛生福利部社會及家庭署104年9月18日社家障字第1040710045號函辦理)
2. 本人同意若經社會局審核准予發給本津貼，願意接受社會局委託之督導人員每月定期到家訪視，及本局委託之評估人員對受照顧者失能程度每半年複評一次
3. 本人同意若經核准發給本津貼，將接受並配合請領本津貼之相關規定；且若請領本津貼原因消失時，將主動通報本局。

**以上切結事項若不符事實，本人願主動繳回溢領之款項，若未依規定辦理繳回，本人將負相關法律責任。**

此致　臺中市政府社會局

 **替代照顧者簽章：**　　　　　　　　　　**日期：**

檢附**替代照顧者身分證及郵局存摺影本**供社會局留存

|  |  |
| --- | --- |
| （粘貼身分證影本正面） | （粘貼身分證影本反面） |

|  |
| --- |
| (黏貼郵局存摺影本) |

中 華 民 國 年 月 日