**臺中市長期照顧服務申請書 版本：108.06 三修**

 **＊申請日期：中華民國 年 月 日 填表人:**

**一、轉介單位** **＊ 為重要必填資訊，俾利後續申請及聯絡事宜，謝謝您。**

**＊**轉介單位： □ 區衛生所／公所□醫療機構單位 □社福單位

 □長照機構單位 □社會局 □其他單位：

**＊**轉介單位名稱：

**＊**轉介單位聯絡人： **＊**連絡電話：

**□ 自行申請(請直接由此開始填寫)**

**＊**資訊來源：□宣傳單/海報 □報章雜誌 □電視/廣播 □網路/媒體 □親友介紹

 □區公所/里/鄰長 □長照服務人員介紹 □長照專線1966 □其他

**二、需要服務者基本資料**

**＊1.**姓名：  **＊2.**生日：民國 年 月 日

**＊3**.國民身分證統一編號： **＊4.**性別：□男□女

**＊5**.電話：  **手機：09**

**＊6**.是否為原住民：□否 □是 **＊7**.是否為榮民或榮眷：□否 □是🡪（□榮民/□榮眷）

**＊8**.目前之居住狀況：□獨居 □固定與他人同住 □輪流與他人同住 □其他

**＊9**.通訊地址： **臺中市** 區 里 鄰 路／街 段

 巷 弄 號 樓

10.戶籍地址：□同上

 縣／市 市／鄉／鎮 區 村／里 鄰

 路／街 段 巷 弄 號 樓11.常用語言：□國語 □台語 □客語 □原住民或其他語言：

12.是否領有身心障礙證明：□否 □是🡪 第 類

 障礙程度：□極重度 □重度 □中度 □輕度

 13.社會福利身分別：□一般戶 □中低收入 □長照低收入

14.目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用：□否；□是🡪□特照津貼□其他

15.目前是否就業中：□是；□否🡪 (□有就業意願/□無就業意願)

16.目前是否住在機構：□否；□是🡪機構名稱：

**＊17**.目前是否在最近三個月內有住院（含急診經驗）：

□否 □是🡪(□住院中/□曾經住院/□急診)原因：

**＊18.**目前是否聘請外籍家庭看護工幫忙照顧：

□否 □是🡪(□本籍/□外籍) □申請中

19.是否罹患疾病：□否 □是🡪疾病名稱：

是否有傳染病：□否 □是🡪疾病名稱：

**三、申請長照服務類別**

(一) 照顧服務及專業服務:□1.居家服務□2.日間照顧服務□3.家庭托顧服務□4.專業服務

 (二) □交通接送服務

 (三) □輔具及居家無障礙改善服務，項目:

(四) □喘息服務

 (五) □營養餐飲服務

 (六) □失能老人機構安置服務 (七) □其他:

**四、聯絡人基本資料**

**(一) 主要聯絡人/代理人：**

1.姓 名： 2.國民身分證統一編號：

3.電 話：（家） （公） 手機

4.與需要服務者的關係或身分：

5.通訊地址：□ 同申請人

 縣／市 市／鄉／鎮 區 村／里 鄰

 路／街 段 巷 弄 號 樓

**(二) 次要聯絡人：**

1.姓 名： 2.國民身分證統一編號：

3.電 話：（家） （公） 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

* **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：**

是否符合收案條件： □ 1.符合

 □ 2.不符合，原因：

□ 3.其他

**臺中市政府長期照顧管理中心** **承辦人：**

**□豐原站 420**臺中市豐原區中興路136號〈臺中市政府衛生局4樓〉
 電話：04-25152888 傳真：04-25158188

**□北區站 404**臺中市北區永興街301號〈北區區公所6樓〉
 電話：04-22363260 傳真：04-22363277

**□南區站 402**臺中市南區工學路72號〈南區區公所2樓〉
 電話：04-22651303 傳真：04-22651375

**□外 站 站** 電話：