

112 年度居家照顧服務補助申請表

個案編號：

申請日期：

| 申請單位 | | | | | | | |
|--------|--|----|-------|------|---------|------|----------|
| 單位名稱 | | | | 電子信箱 | | | |
| 承辦人員 | | | 連絡電話 | | | 傳真 | |
| 聯絡地址 | | | | | | | |
| 居家服務單位 | | | | | | | |
| 單位名稱 | | | | 電子信箱 | | | |
| 承辦人員 | | | 連絡電話 | | | 傳真 | |
| 聯絡地址 | | | | | | | |
| 個案基本資料 | | | | | | | |
| 姓名 | | | 身分證字號 | | | 生日 | 年 月 日 性別 |
| 聯絡電話 | | | 地址 | | | | |
| 年齡 | 習慣用語 | | 學歷 | | 職業 | | |
| 緊急聯絡人 | 姓名： 電話： | | | | 關係 | | |
| 居住狀況 | 住屋類型： <input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 大廈 <input type="checkbox"/> 平房 <input type="checkbox"/> 透天厝 <input type="checkbox"/> 鐵皮屋 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | |
| | 所有權： <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租用 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | |
| | 居住環境： <input type="checkbox"/> 舒適 <input type="checkbox"/> 中等 <input type="checkbox"/> 不良(說明：_____) | | | | | | |
| 家庭狀況 | <input type="checkbox"/> 三代同堂(含以上) <input type="checkbox"/> 小家庭 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 隔代家庭 <input type="checkbox"/> 同居家庭 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | | | | |
| | 家庭成員： | | | | | | |
| | 稱謂 | 姓名 | 出生日期 | 健康狀況 | 就業/就學情形 | 每月收入 | 往來頻率 |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | |
|--------|--|----------|
| 社會互動 | 福利身分： <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶_____倍 <input type="checkbox"/> 低收入戶_____款 <input type="checkbox"/> 身心障礙：第_____類 _____度 <input type="checkbox"/> 榮民/眷 <input type="checkbox"/> 其他_____ | |
| | 人際交往： | 鄰里關係： |
| | 生活範圍： | 交通使用： |
| 案主概況 | 溝通能力： | 情緒行為型態： |
| | 特殊複雜照護需要： | 家庭支持： |
| | 認知功能： | 主要照顧者壓力： |
| | (含身心狀態、家庭關係、經濟狀況、居住情形、社會資源等) | |
| 家系生態圖 | *請標明共同居住成員及加入社會支持網絡。 | |
| 需求概況描述 | 長照需要等級：_____；長照給付額度：_____元；部分負擔比率_____% 實際使用額度(即居服自付費用)：_____元 服務項目與內容：_____ | |
| | 其他需求：營養品_____ 尿布_____ 其他_____ | |
| 收支情形 | 收入： <input type="checkbox"/> 勞退金_____元/月； <input type="checkbox"/> 子女奉養_____元/月； <input type="checkbox"/> 工作收入_____元/月； <input type="checkbox"/> 老年年金_____元/月； <input type="checkbox"/> 身障補助_____元/月； <input type="checkbox"/> 其他補助_____元/月 | |
| | 支出：生活費(含伙食和交通)：_____元/月；水費/電費：_____元/期； 瓦斯費：_____元/期；電話費：_____元/月；房貸/房租：_____元/月； 學費：_____元/月；健保/勞保：_____元/月；醫療費：_____元/月； 其他費用：_____ | |

必備文件

一、正本部分：

- 本會官網「居家照顧服務補助申請表」及「個案切結書」各1份。(111.11.18修訂版)
- 個案全戶(共同居住成員)3個月內戶籍謄本1份。(記事欄不可省略)
- 個案全戶(共同居住成員)最新年度綜合所得稅清單及財產清單各1份。(申請日期須為3個月內)

二、影本部分：

- 申請個案身分證正反面1份。
- 照顧計畫1份。

其他相關證明文件(如未具該身份者則免附)

- 低收入戶、中低收入戶證明影本1份。
- 身心障礙證明影本1份。
- 醫院診斷證明書影本1份。
- 重大傷病卡影本1份。
- 其他必要之有效文件影本1份。

| | | | | | | |
|----------------|------------|--|--------------|--|------|-------------|
| 核 章 | 申請單位 主管 | | 申請單位 承辦人員 | | 填表日期 | 年 月 日 |
|----------------|------------|--|--------------|--|------|-------------|

個案切結書

因個人資料保護法實施，針對相關單位轉介民眾申請本會各項補助業務，其檢附之相關資料運用，特訂定此切結書。用意在保護個案及本會雙方之權益，敬請受助個案於下方切結處簽名蓋章，同意本會辦理後續補助相關事宜，若不接受本切結書規範之內容，本會將原件退回，歉難受理。

本人 _____ (個案) 委由 _____ (申請單位) 向財團法人臺北市林芳瑾社會福利慈善事業基金會(以下簡稱基金會)申請居家照顧服務補助業務。

1. 授權本人個人資料予基金會進行必要之相關查核，並同意基金會運用本人提供之個人資料，向第三方就補助業務相關資料進行查證。
2. 本人檢附之證明與文件均屬事實，如因不實致基金會後續衍生相關損害，本人願負一切法律及損害賠償責任。
3. 本人已瞭解基金會補助業務相關規定與說明，並同意個人申請表原件留存於基金會作為公務使用。
4. 依據「財團法人法」第 25 條規定，基金會須公開受補助者的姓名及補助金額，但以書面表示反對其資訊被公開者，可不予公開，不影響申請權益，惟未勾選者則依法公開。

請勾選(必填)： 公開 不公開

本人： _____ (簽名並核章) 法定代理人： _____ (簽名並核章)

申請單位： _____ (核章) 承辦人員： _____ (核章)

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

居家照顧服務費用紀錄表

(單位全銜)

112年____月

個案姓名:_____

區域:____市/____區

服務明細表

| 日期 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | |
|--------|---|----|----|-------|----|----|---------|----|----|--------|----|----|----------|----|----|-------|--|
| 請打V | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日期 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 共計(天) | |
| 請打V | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 長照身分別 | | | | CMS等級 | | | 第_____級 | | | 長照給付額度 | | | 每月_____元 | | | | |
| 照顧服務組合 | 填寫方式：當月全部實際服務項目(原價)*次數 例如： BA01(260)*11次 BA11(195)*24次 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自付額 | 林芳瑾慈善基金會每月補助上限_____元。 填寫方式：當月全部實際服務項目=依長照身份別減免後價格*實際服務次數=單項自付費用 以中低收入戶5%為例： BA01=13*11次=143元 BA11=9*24次=216元 合計： <u>359</u> 元 總計申請補助金額：_____元。 (若合計金額超過基金會每月補助上限金額，則總計申請補助金額為基金會每月補助上限金額。) | | | | | | | | | | | | | | | | |

服務月紀錄：(不可空白且須每月更新個案概況，包含個案生心理變化、家庭/社會支持關係等狀況。)

承辦人員：

(核章)

填表日期：