

社會互動	福利身分： <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <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「114年居家照顧服務補助申請表」及「個案切結書」各1份。
- 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）3個月內申請之最新年度綜合所得清單1份。
- 個案全戶（共同居住成員）3個月內申請之最新年度財產清單1份。

二、影本部分：

- 申請個案身分證正反面1份。
- 照顧計畫1份。
- 請出具最近一期的水、電、瓦斯費繳費單據。

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及特殊境遇家庭公文影本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。
- 初次申請之單位請提供居服單位設立許可證書、存摺、發票影本。

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

114 年居家照顧服務費用紀錄表

113.10.15 修訂

(單位全銜)

114 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						
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																		
	服務編號										原價	部分負擔	使用次數	小計					
	例如：BA02基本日常照顧										195	31	22	682					
	BA07協助沐浴及洗頭										325	52	23	1196					
	合計：																	1878	
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：