

112.10.20修訂

**113年度臺南市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: □公寓 □大廈 □平房 □透天厝 □鐵皮屋 □其他  |
| 所 有 權: □自有 □租用 □借住 □其他  |
| 居住環境：□舒適 □中等 □不良(說明： )  |
| 家庭狀況 | □三代同堂(含以上) □小家庭 □單親 □隔代家庭 □同居家庭 □獨居 □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：□一般戶 □中低收入戶 □低收入戶　　 　款□身心障礙：第　　　 類　　 　度 □榮民/眷 □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：□勞退金\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月；□子女奉養\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月；□工作收入\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月；□老年年金\_\_\_\_\_\_\_\_元/月；□身障補助\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_元/月；□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「113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）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。 |
| **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**

112.10.20修訂

**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 |

**113年居家照顧服務費用紀錄表**

 (單位全銜)

112.10.20修訂

113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：**