

113.10.14修訂

**114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「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**

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 |

**114年居家照顧服務費用紀錄表**

(單位全銜)

113.10.14修訂

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：**