

嘉義縣身心障礙者臨時及短期照顧服務申請表

身障者姓名		身分證字號		申請日期	年 月 日
申請人姓名		與身障者關係		出生日期	年 月 日
聯絡人		關係		連絡電話	
通訊地址				連絡電話	家裡：
戶籍地址					手機：
是否為初次申請	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，今年度合計已使用_____小時			是否為單親家庭	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
障礙類別	<input type="checkbox"/> 新制身障證明	<input type="checkbox"/> 第一類	<input type="checkbox"/> 第二類	<input type="checkbox"/> 第三類	<input type="checkbox"/> 第四類
	<input type="checkbox"/> 舊制身障手冊	<input type="checkbox"/> 第五類	<input type="checkbox"/> 第六類	<input type="checkbox"/> 第七類	<input type="checkbox"/> 第八類
		<input type="checkbox"/> 1. 視覺障礙	<input type="checkbox"/> 2. 聽覺障礙	<input type="checkbox"/> 3. 平衡障礙	<input type="checkbox"/> 4. 聲語障礙
		<input type="checkbox"/> 5. 肢體障礙	<input type="checkbox"/> 6. 智能障礙	<input type="checkbox"/> 7. 重要器官	<input type="checkbox"/> 8. 顏面損傷
		<input type="checkbox"/> 9. 植物人	<input type="checkbox"/> 10. 失智症	<input type="checkbox"/> 11. 自閉症	<input type="checkbox"/> 12. 慢性精神疾病
		<input type="checkbox"/> 14. 頑性癲癇	<input type="checkbox"/> 15. 其他		
障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度				
個案補助類別	<input type="checkbox"/> 一般個案 <input type="checkbox"/> 日托機構收容者 <input type="checkbox"/> 住宿機構教養者 <input type="checkbox"/> 啟智班就學 <input type="checkbox"/> 身障者年滿 30 歲 <input type="checkbox"/> 單親或隔代照顧家庭者 <input type="checkbox"/> 啟智班就學者且低收入戶者 <input type="checkbox"/> 主要照顧者 65 歲以上 <input type="checkbox"/> 家中有兩名以上身障者 <input type="checkbox"/> 年滿 20 歲身障者其父母之一年齡在 65 歲以上				
經濟身份	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 1.5 倍中低收入戶 <input type="checkbox"/> 非低及中低收入戶				
目前狀況	<input type="checkbox"/> 在校就學中 <input type="checkbox"/> 在家自行照顧 <input type="checkbox"/> 日間服務 <input type="checkbox"/> 住宿機構教養 <input type="checkbox"/> 其他_____				
申請服務項目	<input type="checkbox"/> 臨時照顧服務 (不超過 12 小時/日) <input type="checkbox"/> 短期照顧服務 (超過 12 小時/日) <input type="checkbox"/> 到宅臨時照顧服務(最低 4 小時，不超過 8 小時/日)				
預計使用服務時間	年 月 日 時 至 年 月 日 時				
檢附文件	<input type="checkbox"/> 身心障礙者手冊/證明影本 <input type="checkbox"/> 低收及 1.5 倍中低收入戶證明(非低及中低收入戶者免附) <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本				
切結及簽章	綜上述所述均屬確實，倘有隱瞞或不實，願負偽造文書及冒領公款等法律責任。 申請人： (簽章)				
受理申請單位		承辦人		連絡電話	
注意事項	1. 本服務與長照喘息服務，2 者不能重複使用。 2. 請填寫「申請表」與「需檢附文件」於「預計使用服務日」前五個工作天向評估單位提出申請；以評估單位評估結果完成後方可開始使用本服務。 3. 每年度皆須重新提出申請，並於每次使用本服務前依程序向評估單位提出申請。 4. 如為領取新制障礙證明者，須由社會局進行新制需求評估核定後，本服務方可使用。				

	<p>有疑義請洽社會局業務承辦窗口 05-3620900 分機 2202 評估單位(申請窗口)：財團法人天主教會嘉義教區附設嘉義縣私立聖心教養院 聯絡電話：05-3795465#312 傳真電話：05-3793381 (傳真後請主動來電確認收件，將以收件日期為申請日)。</p>
--	---