

申請日期：____年____月____日

110-112 年度雲林縣政府專業及喘息服務特約單位申請書

一、特約單位基本資料

(一)、名稱：

(二)、地址(含村里別)：

(三)、負責人姓名：

(四)、身分證字號

(五)、出生年月日：

(六)、核銷人員姓名：

(七)、核銷人員聯絡電話及 Line ID：

(八)、核銷人員電子郵件信箱：

(九)、統一編號：

(十)、申請特約專業服務，請勾選可提供的服務項目

☐ IADLs、ADLs 復能照護 (CA07)

☐ 個別化服務計畫 (ISP) 擬定與執行 (CA08)

☐ 營養照護 (CB01)

☐ 進食與吞嚥照護 (CB02)

☐ 困擾行為照護 (CB03)

☐ 臥床或長期活動限照護 (CB04)

☐ 居家環境安全或無障礙空間規劃 (CC01)

☐ 居家護理指導與諮詢 (CD02)

(十一)、申請特約喘息服務，請勾選可提供的服務項目

☐ 日間照顧中心喘息服務-全日 (GA03)

☐ 日間照顧中心喘息服務-半日 (GA04)

☐ 機構住宿式喘息服務 (GA05)

☐ 小規模多機能服務-夜間喘息 (GA06)

☐巷弄長照站臨托(GA07)

☐居家喘息服務(GA09)

(十二)、申請居家失能個案家庭醫師方案

☐開立醫師意見書(AA12)

☐居家失能個案家庭醫師方案個案管理費(YA01)

(十二)免備公文，請洽衛生局聯絡窗口

- 1、專業服務：請寄雲林縣斗六市府文路 22 號 1 樓(雲林縣長期照顧管理中心)
梁宜淨小姐收，電話(05)5352880-208。
- 2、喘息服務：請寄雲林縣斗六市府文路 22 號 1 樓(雲林縣長期照顧管理中心)
陳羿君小姐收，電話(05)5352880-209。
- 3、居家失能個案家庭醫師照護方案：請寄雲林縣斗六市府文路 22 號 1 樓(雲林縣長期照顧管理中心)許淇淇小姐收，電話(05)5352880-205。

二、簽訂特約專業(含居家失能個案家庭醫師照護方案)及喘息服務契約查檢表

項次	內容	勾選				
1	申請書 1 份	☐				
2	契約書 1 式 2 份，採雙面列印(簽約 3 年) (請先行用印並加蓋騎縫章，經本府審查，日期再寫入，俟本府用印後，擲回 1 份契約書給服務單位收存)	☐				
3	特約喘息服務：請檢附長照服務人員清冊、在職證明及登錄核准截圖畫面各 1 份。(影本請加蓋與正本相符並核章)。	☐				
4	特約專業服務：請檢附長照服務人員清冊及認證影本各 1 份。 長照機構(例：居家護理所)，請加附登錄核准截圖畫面影本。 (影本請加蓋與正本相符並核章)。					
5	申請 CC01，請檢附輔具甲類評估人員清冊及輔具甲類評估人員證書影本各 1 份(影本請加蓋與正本相符並核章)。	☐				
6	<table border="1"> <thead> <tr> <th>專業服務</th><th>喘息服務</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td> ☐開業執照影本 1 份 ※居家失能個案家庭醫師照護方案，請增列下列資料 (1)☐醫師證書影本 (2)☐護理師執業執照影本 1 份 (3)☐醫師及護理師預立醫療照護諮商(ACP)及預立醫療決定(AD)證書影本 ☐醫師-審核日期：____年____月____日 ☐護理師-審核日期：____年____月____日(請加蓋與正本相符) (4)☐診所與居護所合作契約書影本 1 份 </td><td> ☐居家式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐社區式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐機構式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐綜合式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐開業執照影本 1 份 ☐核定 C+相關公文 (影本請加蓋與正本相符並核章) </td></tr> </tbody> </table>	專業服務	喘息服務	☐ 開業執照影本 1 份 ※居家失能個案家庭醫師照護方案，請增列下列資料 (1) ☐ 醫師證書影本 (2) ☐ 護理師執業執照影本 1 份 (3) ☐ 醫師及護理師預立醫療照護諮商(ACP)及預立醫療決定(AD)證書影本 ☐ 醫師-審核日期：____年____月____日 ☐ 護理師-審核日期：____年____月____日(請加蓋與正本相符) (4) ☐ 診所與居護所合作契約書影本 1 份	☐ 居家式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐ 社區式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐ 機構式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐ 綜合式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐ 開業執照影本 1 份 ☐ 核定 C+相關公文 (影本請加蓋與正本相符並核章)	☐
專業服務	喘息服務					
☐ 開業執照影本 1 份 ※居家失能個案家庭醫師照護方案，請增列下列資料 (1) ☐ 醫師證書影本 (2) ☐ 護理師執業執照影本 1 份 (3) ☐ 醫師及護理師預立醫療照護諮商(ACP)及預立醫療決定(AD)證書影本 ☐ 醫師-審核日期：____年____月____日 ☐ 護理師-審核日期：____年____月____日(請加蓋與正本相符) (4) ☐ 診所與居護所合作契約書影本 1 份	☐ 居家式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐ 社區式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐ 機構式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐ 綜合式服務類長照服務機構設立許可證書影本 1 份 ☐ 開業執照影本 1 份 ☐ 核定 C+相關公文 (影本請加蓋與正本相符並核章)					
5	老人福利機構或身心障礙服務機構最近一年評鑑為乙等(含)以上；護理機構最近一年評鑑或督導考核為合格；除新設立者外，應檢附評鑑或督考結果相關文件。	☐				
6	免備公文	☐				