

110.10.18 修正

申請日期： 年 月 日

*3. 國民身分證統一編號： *4. 電 話：

*6. 目前之居住狀況: ☐ (1) 獨居 ☐ (2) 固定與他人同住 ☐ (3) 輪流與他人同住 ☐ (4) 其他

8. 戶籍地址：☐同上

縣／市 市／鄉／鎮 區 村／里 鄰
路／街 段 巷 弄 號 樓

9. 常用語言：

10. 目前是否領有身心障礙者手冊：☐ (1)否 ☐ (2)是，障別：_____

 障礙程度：☐ (1)極重度 ☐ (2)重度 ☐ (3)中度 ☐ (4)輕度

☐公所列冊需關懷獨居老人

(1) 全額補助

☐ (1) 低、中低收入戶獨居老人 ☐ (2) 領有中低收入生活津貼獨居老人
☐ (3) 80 歲以上失能獨居老人
☐ (4) 罹患突發性疾病經區域級醫院以上醫師評估有需求者(須檢附診斷證明)
☐ (5) 其他:經本府專案社工人員評估有需求者。

(2)部分補助

☐ (65-79 歲)一般戶(需自費負擔\$400/月)

▲補助資格：

(1) 公所列冊需關懷獨居老人，已使用長期照顧服務且具低、中收入戶獨居老人、領有中低收入老人生活津貼獨居老人、80 歲以上失能獨居老人者，經本縣長期照顧管理中心評估 CMS 等級失能程度達輕度（2 級）以上者，全額補助。

(2)公所列冊需關懷獨居老人，未使用長期照顧服務具低、中低收入戶獨居老人、領有中低收入老人生活津貼獨居老人、80 歲以上失能獨居老人，經服務提供單位初評或本府派員訪視評估(複評)確有需求者，全額補助。

(3)(65-79 歲)一般戶獨居老人，本府補助\$700/月，申請者需負擔\$400/月。

12. 是否使用長期照顧服務：☐ (1) 是，_____ ☐ (2) 否

13. 目前是否在最近三個月內有住院（含急診經驗）：

☐ (1)否 ☐ (2)是，住院原因：_____

14.是否罹患疾病：☐ (1)否 ☐ (2)是，疾病名稱：_____

15. 需要服務者狀況簡述：

二、申請人資料

1.姓 名：_____

電 話：(H) _____ (O) _____ 手機_____

與需要服務者的關係或身分：_____

通訊地址：_____縣／市_____市／鄉／鎮_____區_____村／里_____鄰
_____路／街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

*三、緊急聯絡人資料

1.姓 名：_____

電 話：(H) _____ (O) _____ 手機_____

與需要服務者的關係或身分：_____

通訊地址：_____縣／市_____市／鄉／鎮_____區_____村／里_____鄰
_____路／街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

2.姓 名：_____

電 話：(H) _____ (O) _____ 手機_____

與需要服務者的關係或身分：_____

通訊地址：_____縣／市_____市／鄉／鎮_____區_____村／里_____鄰
_____路／街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

3.姓 名：_____

電 話：(H) _____ (O) _____ 手機_____

與需要服務者的關係或身分：_____

通訊地址：_____縣／市_____市／鄉／鎮_____區_____村／里_____鄰
_____路／街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

◎最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人（或代理人）簽名：_____

受理申請單位：

電話：

傳真：

承辦人：

備 註：

*申請文件請公所承辦人務必發文至雲林縣政府社會處老人福利科。

雲林縣獨居老人救援系統服務申請流程圖

110.10.18

