

若有民眾需求，敬請 貴所(單位)協助提出申請，依申請表項目填妥後傳真本會
社團法人宜蘭縣社區照顧促進會（傳真：03-9372325、電話 03-9381371）。

附表一

幸福宜蘭乾燥消毒車服務計畫申請書（含切結書）

一、申請人之基本資料

- 1.姓名：_____。 2.性別：1.男 2.女。
- 3.國民身分證統一編號：_____。是否為原住民：1.否 2.是，族別：
- 4.出生日期：民國(1.前 2.國)____年____月____日。電話：_____。
- 5.通訊地址：
- 6.戶籍地址：
- 7.身分別：獨居老人 身心障礙者 失能 其他(如重大傷病)
- 8.福利別：領有社會津貼補助低收中低收領有身障津貼 一般戶
- 9.目前是否領有身心障礙手冊/證明：1.否 2.是→1.障礙程度：
2.障礙類別：
- 10.目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用：1.否 2.是。
- 11.目前需要服務者是否有傳染性疾病：1.否2.是→_____。
- 12.在沒有人或工具幫助的情形下，需要服務者無法完成下列哪些活動：
1.吃飯 2.上/下床 3.室內/外走動 4.穿衣服 5.洗澡 6.上廁所。
- 13.是否已使用長照服務。否 是(居家服務居家護理居家復健喘息
服務(臨短托)交通接送家庭托顧餐飲服務其他_____)

二、代理人基本資料

- 1.姓名：_____。 2.國民身分證統一編號：_____。
- 3.電話：_____。 4.與需要服務者的關係或身分：_____。
- 5.通訊地址：

申請人(或代理人)簽名：

申請日期： 年 月 日

◎ 檢附資料：申請本項服務者，應填妥申請書，失能類別為「失智症患者」
應檢附醫院證明並載明 CDR 評估結果及分數為一分以上之證明文件。

◎ 社會處審核意見：

核定項目：

- 1.經審本案符合低收/中低身障生活一般 度需求強度資格，核定
乾燥消毒車服務由 提供服務，每月補助 次，政府每次補助 元。

承辦人員

科長

社會處長

附表二

幸福宜蘭乾燥消毒車服務補助評估量表(個人)

第一部分：申請人基本資料

1. 姓名：_____。 國民身分證統一編號：_____
2. 性別：1.男 2.女。
3. 出生日期：民國(1.前 2.國)____年____月____日。
4. 目前是否罹患任何疾病：1.否 2.是。(請註明疾病名稱：_____)
5. 婚姻狀況：
1.未婚 2.已婚 3.離婚 4.分居 5.喪偶 6.其他：_____。
6. 社會福利身分別：1.一般戶身心障礙者 2.低收入、中低收入身心障礙者。
7. 常用語言：1.國語 2.台語 3.客家語 4.其他_____。
8. 教育程度：1.研究所以上 2.大專 3.高中 4.國中 5.國小
6.識字但未曾就學 7.不識字。
9. 居住狀況：1.平房 2.二樓以上住家→(9a.有電梯 9b.無電梯)
10. 出入是否有特殊障礙：1.否 2.是→(10a.很陡的斜坡 10b.階梯
10c.門檻 10d.其他_____。)
11. 目前是否有同住者：1.否 2.是，共_____人(細填下行)。
(同住者身分(可複選)：11a.配偶 11b.未婚兒子 11c.未婚女兒 11d.已婚兒子 11e.媳婦 11f.已婚女兒/女婿 11g.孫子 11h.孫女 11i.祖父 11j.祖母 11k.父親 11l.母親 11m.兄弟 11n.姊妹 11o.公婆 11p.岳父母 11q.孫媳婦 11r.看護 11s.其他親戚 11t.其他非親戚。)
12. 電話：_____。
13. 通訊地址：_____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街
_____段_____巷_____弄_____號_____樓。
14. 戶籍地址：_____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街
_____段_____巷_____弄_____號_____樓。
15. 聯絡人：_____。
16. 與個案之關係_____。
17. 聯絡人電話：_____。
18. 聯絡人地址：_____縣/市_____市鄉鎮_____區_____村里_____鄰_____路街
_____段_____巷_____弄_____號_____樓。

第三部分：主要照顧者評估

- 1.個案是否有主要照顧者：1.否(結束訪問) 1.是(續答以下)
- 2.姓名：_____。 3.性別：1.男 2.女。
- 4.出生日期：民國____年____月____日。 5.目前就業狀況：1.無 2.全職 3.兼職。
- 6.與個案之關係：1.配偶 2.未婚兒子 3.未婚女兒 4.已婚兒子 5.媳婦
6.已婚女兒/女婿 7.孫子 8.孫女 9.父親 10.母親 11.祖父
12.祖母 13.兄弟 14.姊妹 15.公婆 16.岳父母 17.孫媳婦 18.其
他：_____。
- 7.照顧個案之年月數：_____年_____月。

第四部分：家系圖

第五部分：綜合問題及建議

- 1、乾燥消毒服務需求項目：(可複選)
- 寢具 棉被 枕頭 床墊 背單/套 其他(請說明)_____
- 2、建議乾燥服務次數：

評估員姓名： 日期： 年 月 日

審核人員姓名： 日期： 年 月 日

審核結果：