



113 年度宜蘭縣長青食堂計畫

(可加入社區照片)

申請單位：

理事長：

總幹事：

聯絡人：

單位統一編號：

聯絡地址：

聯絡電話：

聯絡電話：

聯絡電話：

113

年

月

日

113年度宜蘭縣長青食堂計畫

壹、計畫目的：

一、培植在地社區或機關團體提供長者營養餐飲服務，鼓勵長者藉由定點共餐與其他長者互動，增加長者社會參與機會。

二、政府以支持性補助方式，鼓勵社會團體投入社會福利網絡，期建立自主互助運作模式，發揮社區照顧之互助精神；結合政府部門及民間團體共同營造高齡友善環境。

貳、辦理單位：

指導單位：宜蘭縣政府

主辦單位：

參、實施期程：

自民國113年 月 日至113年 月 日止。

肆、辦理內容及方式：

一	(一) 供餐辦理地點(詳述地址)： (二) 是否使用社區活動中心： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (三) 是否辦理社區照顧關懷據點： <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 15 人 <input type="checkbox"/> 25 人) <input type="checkbox"/> 否 (四) 是否辦理社區照顧關懷據點並設置巷弄長照站： <input type="checkbox"/> 是 (<input type="checkbox"/> 15 人 <input type="checkbox"/> 25 人) <input type="checkbox"/> 否						
二	服務總人數：_____人 (男：_____人；女：_____人)。 50-64歲身心障礙者人數：_____人 (男：_____人；女：_____人)。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; vertical-align: middle;">經濟身分對象</td> <td style="width: 45%; text-align: center; vertical-align: middle;"> 低 (中 低) 收入 戶 / 領有老人 生活津貼 / 身心障礙 生活補助 </td> <td style="width: 30%; text-align: center; vertical-align: middle;">一般戶</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">65歲</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	經濟身分對象	低 (中 低) 收入 戶 / 領有老人 生活津貼 / 身心障礙 生活補助	一般戶	65歲		
經濟身分對象	低 (中 低) 收入 戶 / 領有老人 生活津貼 / 身心障礙 生活補助	一般戶					
65歲							

		(含) 以 上 老 人		
		55 歲 (含) 以 上 原 住 民		
		50 歲 (含) 以 上 身 心 障 礙 者		
		合 計		
三	服務區域： (一) 服 務 (村) 里 數 : _____ (村) 里 (二) 詳 列 服 務 (村) 里 : _____			

四	<p>供餐辦理方式：</p> <p>(一) <input type="checkbox"/> 每餐收費：_____元</p> <p><input type="checkbox"/> 每月收費：_____元。</p> <p>(二) 每週供餐日數：_____日，每週_____</p> <p>每月供餐日數：_____日。</p> <p>(三) <input type="checkbox"/> 自煮供餐方式</p> <p><input type="checkbox"/> 互助供餐方式</p> <p>供應店家 (詳列名稱)：_____</p> <p>(四) <input type="checkbox"/> 定點共餐：_____人 <input type="checkbox"/> 送 / 取餐：_____人。</p> <p>(五) 用餐時間：_____時 _____分；</p> <p>送 / 取餐時間：_____時 _____分。</p>
五	<p>申請補助項目：</p> <p><input type="checkbox"/> (一) 餐費：低收入戶 (每人每餐 50 元)，_____人，</p> <p>中低收入戶 (每人每餐 45 元)，_____人。</p> <p>1-6 月天數：_____天，申請經費：_____元；</p> <p>7-12 月天數：_____天，申請經費：_____元；</p> <p>天數共計：_____天，申請經費共計：_____元。</p> <p><input type="checkbox"/> (二) 充實設施設備費 (經常門)，</p> <p>申請經費：_____元。</p> <p><input type="checkbox"/> (三) 行政作業費，</p> <p>1-6 月申請經費：_____元；</p> <p>7-12 月申請經費：_____元；</p> <p>申請經費共計：_____元。</p> <p><input type="checkbox"/> (四) 志工保險：</p> <p>1. 本計畫運用志工總人數：_____人，</p> <p>備餐、送餐志工：_____</p>

	人；臨時酬勞：_____人； 2. 是否已成立祥和志工隊： <input type="checkbox"/> 是_____人； <input type="checkbox"/> 否。 3. 高齡志工65歲（含）以上：____ 人， 是否已成立高齡志工隊： <input type="checkbox"/> 是_____人； <input type="checkbox"/> 否。
--	---

伍、預期效益：（下列為樣稿，單位可自行修改）

一、招募並運用_____位志工，其中高齡志工_____位，達活躍老化之目的。

二、辦理定點供餐及送餐服務，增進長者社會參與機會，總計受益人數_____位，年度總受益為_____人次。

三、運用社區活動中心辦理長者餐飲服務，活化空間。

陸、經費概算表：

項目	單位	單價	數量	合計	備註
一、低（中低）餐費					
餐費	餐	50			低收入戶長者
	餐	45			中低收入戶長者
小計					
二、充實設施設備費（經常門）					
湯鍋					
菜匙					
碗、筷					
桌子					
椅子					
餐盒（限外送）					
小計					
三、行政作業費【各項目不足時得相互勻支】					
食材					
瓦斯費					

志工誤餐 / 交通費					
臨時酬勞					
廚具設施 設備 (經常 門)					
雜支					
小計					
總計					

柒、經費來源：

一、計畫總經費新臺幣 _____元。

二、申請宜蘭縣政府補助新臺幣 _____元。

三、申請其他機關補助（機關名稱：_____）新臺幣 _____元。

四、單位自籌（含收費）新臺幣 _____元。

113 年度宜蘭縣長青食堂計畫行事曆

辦理單位：

一	過年（春節）停餐期間： 113 年 月 日起至 113 年 月 日止。
二	夏季（7-8 月）期間預計停餐期間： 113 年 月 日起至 113 年 月 日止， <input type="checkbox"/> 無停餐。
三	其他行程（事由）：_____ 預計停餐期間：113 年 月 日起至 113 年 月 日止。
四	公共意外責任險（含附加食物中毒險） 有效期間自 年 月 日起至 年 月 日止。 ※ 113 年期間到期應立即辦理續保事宜，並於核銷時檢附。
五	單位理事長任期自 年 月 日起至 年 月 日止。 ※ 倘於 113 年期間任期屆滿，辦理核銷應檢附新任理事長當選證書影本。

113 年度宜蘭縣長青食堂計畫【定點共餐】長者名冊
一般身分 65 歲以上（48 年 12 月 31 日前出生）

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

113 年度宜蘭縣長青食堂計畫【定點共餐】長者名冊
身心障礙者 50 歲以上（63 年 12 月 31 日前出生）
原住民 55 歲以上（58 年 12 月 31 日前出生）

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
----	----	-------	-------	------	----

1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

【備註】1. 身心障礙者應檢附身心障礙證明或手冊影本。

2. 原住民應檢附戶口名簿或戶籍謄本影本。

**113 年度宜蘭縣長青食堂計畫【送餐「含自行取餐」】長者名冊
一般身分 65 歲以上（48 年 12 月 31 日前出生）**

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
1					
2					

3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

113 年度宜蘭縣長青食堂計畫【送餐「含自行取餐」】長者名冊
身心障礙者 50 歲以上（63 年 12 月 31 日前出生）
原住民 55 歲以上（58 年 12 月 31 日前出生）

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
1					
2					
3					
4					

5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

【備註】1. 身心障礙者應檢附身心障礙證明或手冊影本。

2. 原住民應檢附戶口名簿或戶籍謄本影本。

113 年度宜蘭縣長青食堂計畫-餐費補助名冊 (低【中低】收入戶)

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
1					<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助
2					<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助
3					<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶

					<input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助
4					<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助
5					<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助
6					<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助
7					<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助

【備註】應檢附低（中低）收入戶證明書或補助證明書影本。

社區照顧關懷據點用餐長者名冊

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					

10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

社區照顧關懷據點用餐長者名冊

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
21					
22					
23					
24					
25					

社區照顧關懷據點並設置巷弄長照站用餐長者名冊

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					

14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

社區照顧關懷據點並設置巷弄長照站用餐長者名冊

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
21					
22					
23					
24					
25					

其他計畫辦理餐飲服務長者名冊

長期照顧十年計畫 2.0-營養餐飲服務

農村社區綠色照顧計畫-綠飲食

農村社區擴大供餐補助方案

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	備註
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

17					
18					
19					
20					

113 年度宜蘭縣長青食堂計畫-志工人員名冊

辦理單位：

編號	姓名	身分證字號	出生年月日	聯絡電話	工作內容

--	--	--	--	--	--

113 年度宜蘭縣長青食堂志工團體意外傷害保險名冊
【已加入祥和計畫志工保險，請勿重複列入】

編號	姓名	性別	身分證字號	出生日期 000.00.00	電話	住址	所屬單位	異動備註 增/刪

- 備註：
- 一、投保對象為參與本計畫之工作人員（含備餐、送餐及臨時酬勞人員）。
 - 二、為保障被保險人權益，姓名、身分證字號、出生日期、電話及地址等資料應正確。
 - 三、為維護被保險人因意外申請保險給付相關權益，單位應確定完成投保，始能志工排班。

- 四、本保險名冊請勿與祥和志工、社區照顧關懷據點志工重複。
- 五、被保險人如有異動，應於一週內填報異動名冊送本府彙辦。
- 六、本計畫及所有相關表單之電子檔請傳送社會處各承辦人參辦。

申請單位聲明書

填報日期： 113 年 月 日

申請單位全銜：

申請單位統一編號：

計畫名稱：113 年度宜蘭縣長青食堂計畫

茲向宜蘭縣政府社會處聲明如下：

本申請單位 (是否) 為公職人員利益衝突迴避法第 2 條、第 3 條所稱公職人員或其關係人。

※勾選「是」者，應填「公職人員利益衝突迴避法第 14 條第 2 項公職人員及關係人身分關係揭露表」，未揭露者違反公職人員利益衝突迴避法第 18 條第 3 項規定，將處以罰鍰。(相關法條請參閱該揭露表)

此致

宜蘭縣政府

經辦人：

(簽名或蓋章)

負責人：

(簽名或蓋章)

(請蓋貴單位圖記)