

申請日期： 年 月 日

宜蘭縣「身心障礙家庭關懷訪視」服務申請書

本服務是到宅關懷支持身心障礙者之照顧者，提供初級支持關懷及福利資訊，並評估照顧者需求結合民間社會福利資源協助解決問題，給予初級之關心訪視、福利諮詢與福利服務連結與轉介...等。

一、申請資料 詳見轉介單(如轉介者為資源單位，請務必檢附核章之轉介單)

照顧者	姓名	身分證字號	
	出生年月日	民國 年 月 日(歲)	生理性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	現住地址		
	聯絡電話		
	是否領有身障證明	<input type="checkbox"/> 否，但有身心疾病：_____ (無則免敘明) <input type="checkbox"/> 是 (障別_____ <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度)	
	須照顧人數	計___位 (身心障礙者___人、老人___人、幼兒(6歲以下)___人)	
	經濟狀況	<input type="checkbox"/> 1. 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 一般戶 <input type="checkbox"/> 4. 其他_____	
	主要經濟來源	<input type="checkbox"/> 1. 工作收入 <input type="checkbox"/> 2. 儲蓄利息投資 <input type="checkbox"/> 3. 政府救助或津貼 <input type="checkbox"/> 4. 社會或親友救助 <input type="checkbox"/> 5. 子女奉養 <input type="checkbox"/> 6. 退休金 <input type="checkbox"/> 7. 其他_____	
	有無意願	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 被動配合 <input type="checkbox"/> 完全拒絕	
方便連絡時間	<input type="checkbox"/> 上午(時 ~ 時) <input type="checkbox"/> 中午 <input type="checkbox"/> 下午(時 ~ 時)		
身心障礙者	關係	<input type="checkbox"/> 卑親屬 <input type="checkbox"/> 尊親屬 <input type="checkbox"/> 伴侶(婚姻關係： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> 其他親屬	
	姓名	身分證字號	
	出生年月日	民國 年 月 日(歲)	生理性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	現住地址	<input type="checkbox"/> 同照顧者 <input type="checkbox"/> 市鎮鄉 村里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓	
	聯絡電話	<input type="checkbox"/> 同照顧者	
	身障證明	障別_____ <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度，受照顧時間：_____年	
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 1. 低收入戶 <input type="checkbox"/> 2. 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3. 一般戶 <input type="checkbox"/> 4. 其他_____		

主要問題描述： (請簡述對照顧者的瞭解及評估)

◎備註：若有照顧數名身心障礙者，請擇一位基本資料較為清楚之身障者填寫。

二、轉介者資訊 由照顧者自行填寫申請表，無需填寫轉介單(若勾選，無需填寫下列表格)

轉介所屬單位		聯絡電話	
轉介者姓名		職稱	

◎本服務洽詢窗口：

一、宜蘭縣政府社會處老人及身心障礙福利科(宜蘭市同慶街95號3樓) 03-9328822分機168，傳真03-9325004。申請可採傳真或親洽社會處填寫申請書。

二、服務提供單位：社團法人宜蘭縣生命線協會 03-9252095 黃主任

-----以下由社會處填寫-----

◎接受申請日期：_____年_____月_____日 承辦人核章：_____

◎派案初評日期：_____年_____月_____日 承辦人核章：_____

◎初步訪視評估：_____年_____月_____日 (回覆日期：_____年_____月_____日)

照顧者照顧壓力		<input type="checkbox"/> 0-13分	<input type="checkbox"/> 14-25分	<input type="checkbox"/> 26-45分
<input type="checkbox"/> 不開案	<input type="checkbox"/> 照顧者堅持拒絕服務原因： <input type="checkbox"/> 已有其他資源單位(單位名稱)提供照顧者相同服務。 <input type="checkbox"/> 有高危機之家庭暴力或其他因素之安全疑慮，恐危及訪員人身安全(請依法規進行責任通報或轉知衛政精障列管) <input type="checkbox"/> 其他：(請敘明)_____			
	<input type="checkbox"/> 開案	關懷訪視頻率 <input type="checkbox"/> 每月1次 <input type="checkbox"/> 每季1次 <input type="checkbox"/> 每半年1次 <input type="checkbox"/> 其他_____		
●未來訪視重點：(請務必勾選) <input type="checkbox"/> 照顧技巧討論 <input type="checkbox"/> 福利資訊提供 <input type="checkbox"/> 補助資源連結或物資提供 <input type="checkbox"/> 長照資源諮詢(或協助申請) <input type="checkbox"/> 以家庭為中心在地資源連結(如村里長、社區關懷據點…等) <input type="checkbox"/> 其他：(請敘明)_____				
其他預計連結資源		<input type="checkbox"/> 符合雙老服務對象(身障者年滿35歲以上有第一類身障類別-智能障礙、自閉症、精神障礙及多重障礙，主要照顧者滿60歲)，轉雙老方案進行評估。(社會處身心障礙個案管理中心) <input type="checkbox"/> 身障者需求問題多元，轉介本縣身障個管中心提供綜合性服務。(社會處身心障礙個案管理中心) <input type="checkbox"/> 身障者有長照服務需求，協助轉介本縣長照資源。(長照所) <input type="checkbox"/> 符合本縣照顧者個管開案之情事。(長照所) <input type="checkbox"/> 有脆弱家庭議題或保護性議題，上網進行關懷e起來線上通報(請檢附通報表)。 <input type="checkbox"/> 照顧者言談中有明確自殺企圖與計畫，進行自殺防治服務轉介。(衛生局) <input type="checkbox"/> 照顧者或身障者有明顯精神疾病症狀之混亂、滋擾等，進行社區精神病人轉介。(衛生局) <input type="checkbox"/> 其他：		

◎服務核定日期：_____年_____月_____日

社會處承辦人：_____

主管：_____