

宜蘭縣

鄉鎮市中低收入老人特別照顧津貼申請調查表

申請日期 年 月 日

申請人(簽章)

壹、申請人(照顧者)資料

姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國 年 月 日	身分證字號																
戶籍地址	鄉鎮市 里 路街 段 巷 弄 號 樓										電話									
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 鄉鎮市 里 路街 段 巷 弄 號 樓										與被照顧者關係									
匯款郵局	戶名		局號		帳號															

貳、被照顧者資料

姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生年月日	民國 年 月 日	身分證字號																
戶籍地址	鄉鎮市 里 路街 段 巷 弄 號 樓										電話									
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 鄉鎮市 里 路街 段 巷 弄 號 樓																			
是否領有中低收入戶老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																				
已接受補助項目 <input type="checkbox"/> 1.居家服務照顧補助 <input type="checkbox"/> 2.中低收入老人重病住院看護費補助 <input type="checkbox"/> 3.已進住機構收容安置 <input type="checkbox"/> 4.以上皆無																				

參、應備文件

申請人(照顧者)應備文件： 1.申請人身分證正、反面影本 2.郵局封面影本 3.其他證明文件：(請註明)

被照顧者應備文件： 1.中低老人生活津貼審查表正、反面影本 2.身分證正、反面影本
 3.日常生活活動功能重度以上障礙量表 4.身心障礙手冊正反、面影本
 5.其他證明文件：(請註明) _____

肆、審查事項

是 否 1.申請人(照顧者)有工作能力而未就業。
是 否 2.申請人(照顧者)與被照顧者設籍並實際居住同一縣市。
是 否 3.申請人(照顧者)與被照顧者同為計算家庭總收入全家人口之成員(出嫁之女兒及其配偶不在此限)。
是 否 4.被照顧者領有中低收入老人生活津貼。
是 否 5.鑑定醫院評估ADL重度以上功能量表。
是 否 6.被照顧者已進住機構收容安置。
是 否 7.被照顧者已接受居家服務照顧補助。
是 否 8.已請領中低收入老人重病住院看護補助。

伍、鄉鎮市公所初審意見：

承辦人	課長	單位主管	審核結果	
			<input type="checkbox"/> 符合	<input type="checkbox"/> 不符合 原因：

陸、縣府核定意見

是 否 1.申請人(照顧者)擔任領有津貼之居家服務員。
是 否 2.被照顧者已接受居家服務補助
是 否 3.被照顧者已進住機構收容安置。
是 否 4.被照顧者已請領中低收入老人重病住院看護費補助。

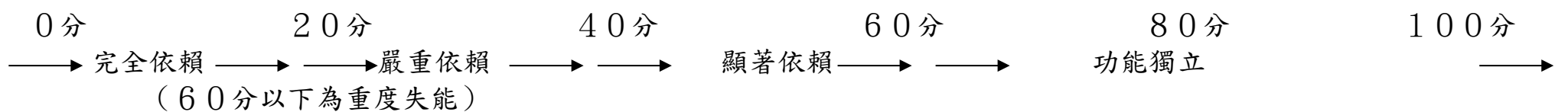
承辦人	科長	處長	審核結果	
			<input type="checkbox"/> 符合 自 年 月起至 年 月止 每月核發新台幣伍仟元整。	<input type="checkbox"/> 不符合 原因：

日常生活活動功能量表 (ADL)

個案姓名：_____ 性別：_____ 出生：民國_____年_____月_____日

地址：宜蘭縣_____鄉鎮市_____村里_____鄰_____街_____路_____段_____巷_____弄_____號_____樓 評分：_____分

項	目	分	數	內	容
一、進食		1	0	<input type="checkbox"/>	自己在合理的時目內 (約十秒鐘吃一口可用筷子取食眼前的食物，若需使用進食輔具時，應會自行穿脫)
		5		<input type="checkbox"/>	需別人忙穿脫輔具或只會用湯匙進食。
		0		<input type="checkbox"/>	無法自行取食或耗費時間過長。
二、輪椅與床位間的移位		1	5	<input type="checkbox"/>	可獨立完成，包括輪椅的煞車及移開踏板。
		1	0	<input type="checkbox"/>	需要稍微的協助 (例如：予以輕扶以保持平衡) 或需口頭指導。
		5		<input type="checkbox"/>	可自行從床上坐起來，但移位時仍需要人幫忙。
		0		<input type="checkbox"/>	需別人幫忙方可坐起來或需兩人幫忙方可移位。
三、個人衛生		5		<input type="checkbox"/>	可獨立完成洗澡，洗手，刷牙及頭髮。
		0		<input type="checkbox"/>	需別人幫忙。
四、上廁所		1	0	<input type="checkbox"/>	可自行進出廁所，不會弄髒衣服並能穿好衣服使用便盆者，可自行清理便盆。
		5		<input type="checkbox"/>	需幫忙保持姿勢的平衡，整理衣物或使用衛生紙，使用便盆者，可自行取放便盆但須仰賴他人清理。
		0		<input type="checkbox"/>	需別人幫忙。
五、洗澡		5		<input type="checkbox"/>	可獨立完成 (不論是盆浴或是沐浴)
		0		<input type="checkbox"/>	需別人幫忙。
六、行走於平地上		1	5	<input type="checkbox"/>	使用或不使用輔具皆可獨自行走50尺以上。
		1	0	<input type="checkbox"/>	需要稍微扶持或口頭指導方可行走50以上。
		5		<input type="checkbox"/>	雖無法行走，但可自操作輪椅 (包括轉彎、進門、及接近桌子、床沿) 並可推行輪椅50公尺以上。
		0		<input type="checkbox"/>	需別人幫忙推輪椅。
七、上下樓梯		1	0	<input type="checkbox"/>	可自行上下樓梯 (允許抓扶手，用拐杖)。
		5		<input type="checkbox"/>	需稍微幫忙或口頭指導。
		0		<input type="checkbox"/>	無法上下樓梯。
八、穿脫衣服		1	0	<input type="checkbox"/>	可自行穿脫衣服、鞋子及輔具。
		5		<input type="checkbox"/>	在別人幫助下，可自行完成一半以上的動作。
		0		<input type="checkbox"/>	需別人幫忙。
九、大便控制		1	0	<input type="checkbox"/>	不會失禁，並可自行使用塞劑。
		5		<input type="checkbox"/>	偶爾會失禁 (每週不超過一次) 或使用塞劑時需別人幫助。
		0		<input type="checkbox"/>	需別人處理。
十、小便控制		1	0	<input type="checkbox"/>	日夜皆不會尿失禁，或可自行使用並清理尿套。
		5		<input type="checkbox"/>	偶爾會尿失禁 (每週不超過一次) 或尿急 (無法等待便盆或無法及時趕到廁所) 或需別人幫忙處理尿套。
		0		<input type="checkbox"/>	需別人處理。
總分					



辦理單位：_____ (蓋章)
(印信)

鑑定者：_____ (蓋章)
(職稱)