

宜蘭縣政府獨居老人通報單

通報日期： 年 月 日

基本資料	姓名		身分證 字號		出生年 月日	年 月 日 歲	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	居住 地址		婚姻狀 況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 分居	身心障 礙別	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 類別： 等級：__度	慣 用 語 言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客家 <input type="checkbox"/> 原民	
	聯絡 電話		子女狀 況	<input type="checkbox"/> 無子女 <input type="checkbox"/> 有子女__子 __女	習慣就 醫院所				
	案主 經濟 狀況 及福 利身 分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶：____款； <input type="checkbox"/> 中低收入戶： <input type="checkbox"/> 1.5倍 <input type="checkbox"/> 2.5倍 <input type="checkbox"/> 榮民： <input type="checkbox"/> 領院外就養金 <input type="checkbox"/> 領退休俸 <input type="checkbox"/> 領半俸 <input type="checkbox"/> 領國民年金老年基本保證年金 <input type="checkbox"/> 領身障生活補助 <input type="checkbox"/> 領老農津貼			緊急聯 絡人	姓名		關係	
						電話		住址	
居住 狀況	<input type="checkbox"/> 自有住宅 <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 臨時住屋 <input type="checkbox"/> 房屋地勢低窪或有破損情形		<input type="checkbox"/> 獨自居住（ <input type="checkbox"/> 無子女 <input type="checkbox"/> 子女住外縣市） <input type="checkbox"/> 65歲以上夫妻同住（ <input type="checkbox"/> 無子女 <input type="checkbox"/> 子女住外縣市） <input type="checkbox"/> 子女偶有同住 <input type="checkbox"/> 有家屬同住，惟同住者無照顧能力。						
資源 及 居 家 環 境	住屋 概況	建築格式： <input type="checkbox"/> 平房（磚造、鐵皮、竹木屋） <input type="checkbox"/> 透天厝 <input type="checkbox"/> 公寓 <input type="checkbox"/> 其它____							
		環境衛生： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 尚可 <input type="checkbox"/> 不佳							
	鄰里 資源	<input type="checkbox"/> 親戚住同村、附近 <input type="checkbox"/> 與鄰居關係良好 <input type="checkbox"/> 與鄰居關係不佳 <input type="checkbox"/> 有親友探視 <input type="checkbox"/> 無親友探視							
	健康 狀況	<input type="checkbox"/> 尚佳，生活可自理。 較差： <input type="checkbox"/> 生活尚可自理 <input type="checkbox"/> 部份生活無法自理，需他人協助。 <input type="checkbox"/> 生活無法自理，完全需他人協助。 罹患之疾病別（可複選）： <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 眼部疾病 <input type="checkbox"/> 腕骨與關節疾病 <input type="checkbox"/> 老化 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 其他____							
已使 用之 服務	輔助器材： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 其他____								
福利需求 與服務	<input type="checkbox"/> 長期照顧（ <input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 交通接送……____） <input type="checkbox"/> 緊急救援系統 <input type="checkbox"/> 社區關懷據點（ <input type="checkbox"/> 定期關懷 <input type="checkbox"/> 送餐） <input type="checkbox"/> 志工服務 單位：其它：____								
	長者主訴服務需求： <input type="checkbox"/> 電話問安 <input type="checkbox"/> 關懷訪視 <input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 餐飲服務 <input type="checkbox"/> 申請緊急救援系統 <input type="checkbox"/> 老人保護服務 <input type="checkbox"/> 其它____ <input type="checkbox"/> 不需服務 福利服務需求評估： <input type="checkbox"/> 電話問安 <input type="checkbox"/> 關懷訪視 <input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 餐飲服務 <input type="checkbox"/> 申請緊急救援系統 <input type="checkbox"/> 老人保護服務 <input type="checkbox"/> 其它____ <input type="checkbox"/> 不需服務								
案主狀況 摘要	（請敘述案主特殊狀況或具體需要協助事項）								
通報者 資料	姓名		聯絡電話		所屬單位				
	關係	<input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 鄰居 <input type="checkbox"/> 親屬 <input type="checkbox"/> 其它							

備註：本表單請以傳真方式傳送社會處；傳真：03-9325004 電話：03-9328822 分機 207

備註：本表單請以傳真或電子郵件方式傳送社會處

傳真電話：03-9325004 聯絡電話：03-9328822 分機 207

電子信箱：sw8510@mail.e-land.gov.tw