

苗栗縣政府

中低收入失能老人機構公費安置補助計畫



目

錄

頁數

苗栗縣政府中低收入失能老人機構公費安置補助計畫	3
苗栗縣政府中低收入失能老人機構公費安置費申請表	7
苗栗縣政府長期照顧十年 3.0 計畫中低收入失能老人機構公費安置補助 個案資料保密切結書	8
苗栗縣政府財政處庫款支付科委託匯款書	9

苗栗縣政府中低收入失能老人機構公費安置補助計畫

- 一、目的：苗栗縣政府（以下簡稱本府）為整備苗栗縣長期照顧機構服務資源，結合民間機構，以全人照顧、在地老化、多元連續服務為原則，發展機構照顧支持體系，滿足老人長期照顧服務需求，協助家庭支持功能薄弱及經濟弱勢之失能老人，獲得完善之照顧資源及終老服務，特訂定本計畫。
- 二、依據：老人福利法第十五條、失能老人接受長期照顧服務補助辦法第七條及我國長期照顧十年計畫規定辦理。
- 三、補助對象：
- (一)設籍並實際居住苗栗縣（以下簡稱本縣），且年滿 65 歲以上老人及 55 歲以上原住民。
- (二)患有法定傳染病（如肺結核），須出示醫師證明已無傳染力。
- (三)經本府照顧管理專員訪視評估日常生活活動功能無法自理，且家庭支持功能薄弱，確實有進住機構照顧且符合下列經濟條件及失能程度者：
- 1、家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍之長照失能評估 CMS 7-8 級失能老人，全額補助。
 - 2、家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未達社會救助法規定最低生活費用 1.5 倍之長照失能評估 CMS 4-6 級失能老人，經直轄市、縣（市）主管機關評估家庭支持情形，確有進住必要者，須符合下列情形得專案補助：
 - (1)無扶養義務之人或扶養義務之人無扶養能力。
 - (2)無親屬獨居老人。
- 四、補助原則：
- (一)自核定補助之當月起，入住養護機構每人每月補助經費最高以新台幣 26,000 元；護理之家、住宿機構每人每月補助經費最高以新台幣 30,000 元，款項屬長期照顧養護之需，補助費用含個案所需之護理費、生活照護費、住房費、一般伙食費、清潔費、洗衣費等。（若實際安置金額低於最高補助額度，依實際安置金額補助）
- ※此補助係由苗栗縣政府及衛生福利部編列補助金額。
- (二)如個案實際支出超出本補助費用，得依實際使用核實向申請人或家屬收取。

(三)申請此補助將取消原領取之補助或生活津貼。

(四)安置機構已與本府有合約之機構，方得申請補助。安置期間未足月者，每月依大小月實際天數及個案實際照護之日數計算。

(五)已獲准失能老人長期照顧機構服務補助者，不得同一期間重複申請補助，如查證屬實需撤銷資格及繳回補助款(包含以下事項)：

1、已聘僱看護(傭)。

2、已領有政府相關養護、安置補助者(如：低收安置、身障托育等)。

3、使用長照服務給支付或其他照顧費用補助。

(六)受補助者經醫院、診所出具診斷證明需住院治療或返家靜養補助計算方式：

1、安置機構應通知本府請假期間，請假起迄之該當月收費按接受服務日數計算，自離開安置機構之日起，保留床位最長30日，連續請假期間以30日為限。

2、住院請假者，可申報全額費用(惟機構應給予住院關懷服務並協助處理入院、出院等相關事宜)，但入住加護病房無法列入計算。

3、請假返家靜養收費則按請假日數折半計算。

4、住院期間核銷需附上診斷證明、關懷紀錄列為檢附資料。

5、若於住院醫療期間申請本縣中低收入戶傷病醫療看護補助之費用，不得與本補助重複申領。

五、申請程序：

(一)新案申請

1、申請人填寫「苗栗縣政府中低收入失能老人機構公費安置申請表」，檢附申請人身分證正反面影本、戶口名簿影本及福利身分證明，向本府提出申請。

2、本府收件後，由照顧管理專員進行訪視評估需求，符合者經本府核定後方得接受補助。

(二)凡經核定之受補助者，次年仍要繼續使用此服務者，本府函文至戶籍所在鄉鎮市公所申請福利身分證明及安置機構申請入住證明，總清查福利身分資格異動狀況，如已不具補助身分且有溢領之情事，應即償還補助款。

六、經核定補助之老人，本府將不定期派員進行訪視，並以每年定期辦理總清查核定之身分福利別為主，若有下列情形之一者，自事實發生之次月起停止補助，如有溢領，

應追回其補助。

(一)死亡。

(二)未符合第三條補助對象規定失能程度者。

(三)未實際居住本縣或戶籍遷移它縣市者。

七、凡經核定之受補助者有下列情形之一，家屬或安置機構應於5日內主動向本府申報，並檢附相關證明：

(一)福利或補助身分變更：福利身分變更核定函影本。

(二)住院返回安置機構而欲恢復安置補助者：住院期間診斷證明書、住院期間關懷紀錄。

(三)死亡：死亡診斷證明書。

(四)離開安置機構：離院證明書。

(五)轉至其他安置機構：

1、原安置機構應敘明原因，檢附離院證明函報本府。

2、接受轉往機構應檢送與受補助者簽訂之機構入住合約書影本報本府核備。

(六)戶籍異動：函報異動之戶籍地址。

八、如發現有詐欺、偽造文書或其他不正當方法領取補助費者，本府將撤銷申請並追繳已領之補助費，涉及刑責者移送司法機關辦理。

九、經費來源：本府編列預算及衛生福利部補助中低收入失能老人機構公費安置費辦理。

十、受託機構：於本縣接受機構評鑑或督考為乙等以上老人福利機構、合格護理之家及長照住宿機構，安置機構受主管機關辦理之機構評鑑或督考成績在丙等（含丙等）以下時，本府不予以安置新個案。經本府認定違反老人福利法或護理人員法情節重大者，得立即停止委託契約，原有安置個案由受託機構或本府轉介至適當機構安置。

十一、本計畫奉核定後實施，如有未盡事宜，得隨時補充修訂之。

苗栗縣政府中低收入失能老人機構公費安置費申請表

115.01 起適用

申請人基本資料	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	苗栗縣 鄉/鎮/市 村/里 路/街 段 巷 弄 號 樓				
	聯絡地址 *公文郵寄地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址	縣(市) 鄉/鎮/市/區 村/里 路/街 段 巷 弄 號 樓			
緊急聯絡人	姓名：	身分證字號：		與申請人關係：		
	戶籍地址：	縣(市)	鄉/鎮/市/區	村里	路街	段 巷 弄 號 樓
	聯絡電話：	行動電話：				
申請入住機構全銜	機構聯絡人		聯絡電話			
<input type="checkbox"/> 1. 已入住申請機構， 入住日期： 年 月 日			<input type="checkbox"/> 2. 尚未入住申請機構。 <input type="checkbox"/> a. 申請人住院中(醫院)，預計出院日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> b. 申請人目前於住家。 <input type="checkbox"/> c. 其他： 。			
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 申請表 <input type="checkbox"/> 2. 身分證影本 <input type="checkbox"/> 3. 戶口名簿影本或電子戶籍謄本(請擇一檢附) <input type="checkbox"/> 4. 當年度低收入戶證明書、中低收入戶證明書或中低收入老人生活津貼 1.5 倍以下證明書(請擇一檢附) <input type="checkbox"/> 5. 入住證明(尚未入住者免附)					
注意事項	1. 基於福利不得重複請領原則，已獲准失能老人安置照顧費用補助者， 不得再重複領取任何補助或津貼 。原領取之補助或津貼優於本補助標準者，擇優領取。 2. 本補助撥款方式：經由安置機構按月檢附清冊及請領收據函送本府辦理請款手續。					
申請人或法定代理人簽名並核章：			填表日期：中華民國 年 月 日			
*申請人或代理人聲明已閱讀並了解申請表各節內容始得簽章						
苗栗縣政府審核(請勿自行填寫)	1. 設籍並實際居住本縣，且年滿 65 歲以上老人或 55 歲以上原住民		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
	2. 列冊低收入戶或中低收入		<input type="checkbox"/> 是(<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶) <input type="checkbox"/> 否			
	3. 是否領有身心障礙手冊/證明		<input type="checkbox"/> 是(類別： 等級：) <input type="checkbox"/> 否			
	4. 符合長照失能評估 CMS7-8 級或特殊狀況 CMS4-6 級		<input type="checkbox"/> 是 CMS： 級 <input type="checkbox"/> 否			
	5. 未符合須轉介其他機構收容安置		<input type="checkbox"/> 是【接受安置型態：a. <input type="checkbox"/> 低收入戶社會處救助科機構安置 b. <input type="checkbox"/> 身障科托育養護 c. <input type="checkbox"/> 緊急庇護安置】 <input type="checkbox"/> 否，將轉介其他長照服務			
	評估日期：中華民國 年 月 日 照顧管理專員：		照顧管理督導：			
<input type="checkbox"/> (特殊中度失能/重度失能)，安置安養機構每月補助 26,000 元。 <input type="checkbox"/> (特殊中度失能/重度失能)，安置護理之家、住宿機構每月補助 30,000 元。 <input type="checkbox"/> 不予補助，原因 。 核定生效日： 年 月 日 承辦人： 單位主管：						

苗栗縣政府長期照顧十年 3.0 計畫

中低收入失能老人機構公費安置補助

個案資料保密切結書

本人_____於民國 年 月 日起辦理「苗栗縣政府長期照顧十年 3.0 計畫-中低收入失能老人機構公費安置補助」，本人願切實遵守「個人資料保護法」等相關法律規定，對於個案一切相關資料而知悉、持有之資料、程式、檔案等，須絕對保守機密，不得對外洩漏，如有違法，願負法律上及行政上責任，離職後亦同。

此致

苗栗縣政府

機構名稱：

職 稱：

立切結書人：

中 華 民 國 年 月 日

委託建檔機關（單位）：

108年4月22日版

承辦人：

電話：

苗栗縣政府財政處庫款支付科

委託匯款書

中華民國 年 月 日

- 一、為提升服務品質，已將應付款項委請台灣銀行苗栗分行以匯款方式辦理。
- 二、為利辦理受款人之匯款資料，請詳細填寫下列各項資料，蓋妥公司章與負責人章後，交各請款單位，以為匯款之依據。
- 三、各業務單位應確實核對廠商帳戶名稱、存摺及廠商印章是否一致（因退匯會加收手續費）後，再行遞送至本科，以為碰檔之用。
- 四、貴公司帳號資料倘有變更者，請重新填寫本匯款書以利更正資料檔。
- 五、付款時將提供入帳通知，敬請提供e-mail帳號，以憑通知付款訊息。

帳 戶 名 稱			營利事業統一編號 或身分證字號	
銀行名稱及代號				
帳 號				
聯 絡 電 話	() -		手機號碼	
通 訊 地 址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	縣 市	鄉 鎮 市 村 里	街 路 巷 號 樓
付 款 通 知	(請詳填下列 e-mail 帳號及傳真號碼，並核對英文字母大小寫，以確保付款訊息之通知。)			
e-mail			傳 真 號 碼	

存摺封面影本黏貼處

1、填妥後請先將本委託書交各請款單位。

2、請黏貼最新存摺封面影本。

此致

苗栗縣政府

委託人蓋章（團體或公司行號請加蓋公司章與負責人章）