

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		照顧管理督導：			
照顧管理專員：						
<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：						