附件一

失能身心障礙者使用居家照顧費用服務補助申請書（含切結書）

一、接受居家服務者之基本資料

1.姓　名：_____ .　2.性　別：□1.男　□2.女 .

3.國民身分證統一編號：_____。是否為原住民：□1.否　□2.是，族別：

4.出生日期：民國____年____月____日 . 電　話：_____ .

5.通訊地址：

6.戶籍地址：

7.身分別：　□1.一般戶□2.低收入戶　□3.中低收入戶

8.失能類別：□1.一般失能身心障礙者　□2.失智症患者　□3 慢性精神病患者.

□4.智能障礙者　□5.自閉症者

9.目前需要服務者是否住在機構：

□1.否　□2.是→(是否接受公費補助：□9a..是　□9b.否) .

10.目前是否聘請看護幫忙照顧：□1.否　□2.是→(□10a.本籍 □10b.外籍) .

11.在沒有人或工具幫助的情形下，需要服務者無法完成下列哪些活動：

□1.吃飯 □2.上／下床 □3.室內／外走動 □4.穿衣服 □5.洗澡 □6.上廁所 .

二、申請居家照顧服務項目

□1.居家護理。
□2.身體照顧服務及家務服務。
□3.送餐到家。
□4.居家復健。

二、代理人基本資料

1.姓　名：_____ . 2.國民身分證統一編號：_____ .

3.電　話：_____ . 4.與需要服務者的關係或身分：_____ .

5.通訊地址：

◎切結書

申請人_____茲申請身心障礙者使用居家服務，如有接受機構收容安置、聘僱看護（傭）、領有政府提供之特別照顧費津貼、日間照顧費或其他照顧費用補助等虛報、隱匿或其他不當行為之情形，經查明者，則無條件停止本項服務，且返還政府已支付照顧服務員之相關費用。另外，本服務不提供罹患開放性肺結核傳染病者及具攻擊行為之精神病患，如有隱匿不報之情形，以致照顧服務員或督導員受到身心傷害，所導致之後果，概由申請人負責。

申請人（或代理人）簽名：_____

申請日期：　　年　　月　　日

◎檢附資料：申請本項服務者，應填妥申請書，並備齊身心障礙手冊（證明）影本；若失能類別為「失智症患者」應檢附醫院證明並載明 CDR 評估結果及分數為一分以上之證明文件。

◎ 公所初審：

承辦人員：　　課長：　　鄉、鎮（市）長：