

# 苗栗縣獨居老人「緊急救援通報系統」申請書

## 一、需要服務者基本資料：

申請日期： 年 月 日

1. 姓名：\_\_\_\_\_
2. 國民身分證字號：\_\_\_\_\_
3. 性別：男 女
4. 出生日期：(民國前民國)\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日
5. 電話：\_\_\_\_\_ 手機\_\_\_\_\_
6. 常用語言：國語 客語 閩南語 原住民語
7. 通訊地址：苗栗縣／市\_\_\_\_市鄉鎮\_\_\_\_村里\_\_\_\_鄰\_\_\_\_路街\_\_\_\_段\_\_\_\_巷\_\_\_\_弄  
號\_\_\_\_樓
8. 戶籍地址：苗栗縣／市\_\_\_\_市鄉鎮\_\_\_\_村里\_\_\_\_鄰\_\_\_\_路街\_\_\_\_段\_\_\_\_巷\_\_\_\_弄  
號\_\_\_\_樓
9. 社會福利身分別：(1)一般戶老人 (2)中低收入老人 (3)低收入戶老人 (4)一般戶身心障礙者(5)中低收入身心障礙者 (6)低收入身心障礙者 (7)其他\_\_\_\_\_
10. 目前是否領有身心障礙手冊：(1)否 (2)是→ 障別：\_\_\_\_\_；  
障礙程度：(1)極重 (2)重度 (3)中度 (4)輕度
11. 目前需要服務者是否住在機構：否 是 →(是否接受公費補助 a. 否 b. 是)
12. 目前需要服務者之居住狀況：獨居 固定與他人同住 輪流與他人同住
13. 目前是否聘請看護幫忙照顧：否 是→(a. 本籍 b. 外籍)
14. 申請項目需檢附證件(可複選)：  
申請人國民身分證正、反面影本(必備)  
申請人身心障礙手冊正、反面影本  
「罹患慢性病、突發性疾病之高危險群者」檢附地區醫院診斷書  
其他證明文件：(請註明)\_\_\_\_\_

## 二、緊急救援系統服務之申請人（代理人）、緊急聯絡人基本資料

◎申請人（代理人）：

1. 姓名：\_\_\_\_\_ 2. 國民身分證統一編號：\_\_\_\_\_
3. 電話：(H)\_\_\_\_\_ 手機\_\_\_\_\_
4. 與需要服務者的關係或身分：\_\_\_\_\_

◎緊急連絡人：（請填寫鄰居、村里鄰長、村里幹事、最近親人等社區資源聯絡方式）

1. 姓名：\_\_\_\_\_與需要服務者的關係：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_
2. 姓名：\_\_\_\_\_與需要服務者的關係：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_
3. 姓名：\_\_\_\_\_與需要服務者的關係：\_\_\_\_\_電話：\_\_\_\_\_

### 申請人（或代理人、申領人）簽章

公 所 初 審 意 見	<p>受理申請生命連線緊急救援通報系統：</p> <p><b>符合</b></p> <p>需要服務者為<input type="checkbox"/>列冊獨居老人<input type="checkbox"/>未列冊獨居老人（補列冊）</p> <p><b>案主符合下列要件：</b></p> <p><input type="checkbox"/>領有身心障礙手冊者（需附身心障礙手冊）</p> <p><input type="checkbox"/>罹患慢性病、突發性疾病之高危險群（需附有醫院診斷證明書）</p> <p><input type="checkbox"/>請協助案主辦理失能評估（無身心障礙手冊、醫院診斷證明書）</p> <p><input type="checkbox"/><b>不符合</b></p> <p>原因：_____</p> <p>承辦人：_____ 課長：_____ 鄉鎮市長：_____</p>
縣 府 審 核	<p><b>符合</b></p> <p><input type="checkbox"/>領有身心障礙手冊者之獨居老人</p> <p><input type="checkbox"/>高危險群獨居老人</p> <p><input type="checkbox"/>失能獨居老人（ADL 量表低於 80 分）</p> <p><input type="checkbox"/><b>不符合</b></p> <p>原因：_____</p> <p>承辦人：_____ 科長：_____ 處長：_____</p>