

苗栗縣長期照護管理中心補助辦理失能老人長期照顧機構服務申請表

108.01 起適用

申請人基本資料	姓名	身分證字號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	通訊電話
	出生年月日	民國(前) 年 月 日	戶籍地址	苗栗縣 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 路 樓	
	*公文郵寄地址 聯絡地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 路 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、戶口名簿影本或電子戶籍謄本(請擇一檢附) <input type="checkbox"/> 3. 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"/> 4. 入住證明(尚未入住者免附)				
填表須知及注意事項	1. 申請案經審核通過後溯自評估之當日生效(評估之當日：長期照護管理中心專員至申請人處評估並備齊應備文件始得起算；若申請人已備齊相關文件並已進行失能評估，尚未入住申請機構，則以入住機構當日起算；補正應備文件以親自送達或郵寄郵戳之當日計)。 2. 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。 3. 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中心辦理請款手續。				
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					
長期照護管理中心審核	1. 設籍本縣且年滿 65 歲以上或 55 歲以上山地原住民，實際居住本縣	<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 <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"/> 重度失能，每月補助 22,000 元。 <input type="checkbox"/> 特殊狀況中度失能，每月補助 22,000 元。 <input type="checkbox"/> 不予補助，原因____。 核定生效日： 年 月 日 承辦人： 主任：					

