

臺中市補助中低收入失能老人機構公費安置費(機構服務)申請表

113.2.5 修正

申請人基本資料	姓名			身分證字號			性別	☐ 男 ☐ 女	通訊電話		
	出生年月日	民國 年 月 日		戶籍地址	臺中市 區 里 路街 段 巷 弄 號 樓						
	聯絡地址 *公文郵寄地址	☐ 同戶籍地址	☐ 其他收件地址		縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓 (代收者:)		;聯絡電話: ()				
緊急聯絡人	姓名: 聯絡電話: 聯絡地址: 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓 與申請人關係(☐ 家屬 / ☐ 社工: 區家庭福利服務中心 / ☐ 其他:)										
☐ 1. 已入住機構, 機構全銜 , 入住日期: 年 月 日。 ☐ 2. 尚未入住申請機構。 ☐ 申請人住院中(醫院名稱:)。 ☐ 申請人目前於住家。 ☐ 其他: 。											
填表須知及注意事項	1. 申請日期(長期照顧管理中心照顧管理專員至申請人所在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. 評估失能等級為重度者,以申請日期、失能評估日期、入住日期之最晚日期為核定起始日;評估失能等級為特殊中度者,除前揭日期以外,需經本府社會局社工訪視處理建議表日期作為核定起始日,惟核定起始日當月已同時請領身障相關補助者,俟申請人繳回已領津貼或以次月作為核定起始日。 3. 基於福利不得重複請領原則,已獲准本補助者,不得於同時段重複申請公費安置收容費、特別照顧津貼、身心障礙者傷病住院看護費用、身心障礙者教養費、住宿式服務機構使用者補助方案等其他看護補助或其他法令領取性質相同之補助,經核定補助後,本局將請相關單位止付社福津貼。 4. 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局辦理請款手續。 5. 按本局公告長期照顧服務特約需求說明書機構服務規定,受補助對象因住院離開機構,自住院起保留床位最長2個月,視需求可延長1個月,期間費用連續住院達30日以內者(含30日)予全額補助,連續住院超過30日以上者,其補助費折半計算;如逾保留床位期間本局將暫停撥付補助;若同日入出院者,除非有特殊事由,否則以連續住院日數計算。										
應備文件	☐ 1. 申請表。 ☐ 2. 身分證影本、戶口名簿影本或戶籍謄本(請擇一檢附)。 ☐ 3. 低收入戶證明書、中低收入戶證明書、中低收入老人生活津貼(1.5倍以下)證明書,以上請擇一檢附證明文件。 ☐ 4. 入住證明(尚未入住者免附),惟請入住機構後請將入住證明寄至本局,俾利核定補助事宜。										
申請人或緊急連絡人簽章: 申請日期: 中華民國 年 月 日											
*申請人或緊急連絡人聲明已閱讀並了解本申請表各項內容始得簽名或蓋章 *申請日期由照顧管理專員填寫並核章											
長期照顧管理中心審核	1. 設籍本市且年滿 65 歲以上或 55 歲以上原住民 ☐否☐是 2. 符合區公所列冊之福利身分分別 ☐否☐是(☐低收入戶; ☐中低收入戶; ☐中低收入老人生活津貼 1.5 倍以下)。 3. 是否領有身心障礙手冊/證明 ☐否☐是(類別: 等級:) 4. 是否接受其它機構收容安置 ☐否☐是(目前接受安置型態: ☐低收入戶救助科機構安置; ☐身障科托育養護; ☐緊急庇護安置; ☐喘息服務,期間 年 月 日至 年 月 日; ☐其他:)。 5. 長照失能等級 ☐重度失能(第 級) ☐特殊中度失能(第 級) 6. 為家庭福利服務中心或家庭暴力及性侵害防治中心服務個案 ☐否☐是 區家庭福利服務中心服務在案 照顧管理督導: ☐是家庭暴力及性侵害防治中心服務在案										
市政府核定	☐ 核予補助。 ☐ 不予補助: ☐ 家庭支持功能尚可,無機構補助需求。 ☐ 其他: 。										
承辦人: 股長:											