○○單位

辦理臺中市長期照顧十年計畫2.0輔具租賃服務營運計畫書

113年○月

**目錄**

1. 單位基本簡介
2. 辦理輔具租賃品項及規格
3. 租賃品項清潔消毒、檢查與維護程序
4. 輔具租賃服務流程
5. 服務人員教育訓練規劃
6. **單位基本簡介**

ㄧ、單位基本介紹

* 申請單位之組織健全性

二、主要營業項目

* 貴單位提供哪些服務項目? (如：輔具購買、租賃、無障礙及環境改善)

三、服務規模

* 門市據點、輔具品項及數量說明。

四、人員配置

* 門市應至少聘用二名專職且經教育訓練之服務人員，不同門市之服務人員不得重複配置。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 本單位提供服務00名人力(包含兼、專職，專業人員及行政人員) | | | | |
| 姓名 | 職務內容 | 專職/兼職 | 人力類別 | 輔具服務人員課程結業證明字號  (請檢附結業證明影本) |
| (範例)  王小明 | * 配置門市(具多家門市者應填寫) * 職務內容 | □專職  □兼職 | □物理治療師  □職能治療師  □甲類輔具評估人員  □輔具維修人員  □行政人員  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  |  | □專職  □兼職 | □物理治療師  □職能治療師  □甲類輔具評估人員  □輔具維修人員  □行政人員  □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |

（如篇幅不足，請自行增加欄位）

五、辦理租賃服務店面環境介紹

* 輔具租賃服務門市店面室內空間需至少達6坪，環境空間可讓個案試用、使用訓練輔具。

特約單位及門市名稱：OO有限公司-豐原門市

門市地址：

|  |
| --- |
| **照片1** |
| **※請依特約單位門市分別提供。**  ※照片應包含「全景含招牌、門牌」、「全景含店內商品陳設區、服務櫃台等」，得以多張相片呈現。  ※得以電子檔填入、彩色列印，或黏貼相片。  ※欄位如不敷使用，請自行增列。 |
| **照片2** |
| **※請依特約單位門市分別提供。**  ※照片應包含「全景含招牌、門牌」、「全景含店內商品陳設區、服務櫃台等」，得以多張相片呈現。  ※得以電子檔填入、彩色列印，或黏貼相片。  ※欄位如不敷使用，請自行增列。 |

1. **辦理輔具租賃品項及規格**

**【**依個別租賃品項逐一填寫，並請檢附購入證明(格式如下表一)**】**

**一、參與營運輔具登錄清冊格式：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位管理序號 | 輔具名稱/型號 | 原廠製造序號 | 規格/功能 | 出廠年月 | 租金訂價 | 查驗登記字號 | 製造廠名稱 |
| (例) MWC-001 | 康O手動輪椅/KM2500 | MW17-50012 | 16”座寬/輪椅B款 | 2018/05 | 200/月 | 衛署醫器輸壹字第1234567號 | 康O股份有限公司 |
| (例) MWC-002 | 光O手動輪椅/Caneo Q | NV18-321020 | 18”座寬/輪椅B款附加功能AB | 2019/01 | 300/月 | 衛署醫器製壹字第3456789號 | 光O骨科有限公司 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*** 醫療器材查驗登記字號(依據食品藥物管理署規範提供；非醫材得免提供)

備註：

1. 營運品項及租賃訂價若有異動時，需報本局備查。
2. 租賃訂價應公開揭示(例如於網路或海報公告)，揭示內容並與本計畫書一致。
3. 輔具特約租賃品不得用以申請長照輔具補助。

**二、【續約單位使用】參與營運輔具異動清冊格式：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 單位管理序號 | 輔具名稱/型號 | 原廠製造序號 | 規格/功能 | 出廠年月 | 租金訂價 | 查驗登記字號 | 製造廠名稱 | 異動說明 |
| (例) MWC-001 | 康O手動輪椅/KM2500 | MW17-50012 | 16”座寬/輪椅B款 | 2018/05 | 200/月 | 衛署醫器輸壹字第1234567號 | 康O股份有限公司 | 新增項目 |
| (例) MWC-002 | 光O手動輪椅/Caneo Q | NV18-321020 | 18”座寬/輪椅B款附加功能AB | 2019/01 | 300/月 | 衛署醫器製壹字第3456789號 | 光O骨科有限公司 | 刪除項目 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**\*** 醫療器材查驗登記字號(依據食品藥物管理署規範提供；非醫材得免提供)

備註：

1. 營運品項及租賃訂價若有異動時，需報本局備查。
2. 租賃訂價應公開揭示(例如於網路或海報公告)，揭示內容並與本計畫書一致。
3. 輔具特約租賃品不得用以申請長照輔具補助。
4. **租賃品項清潔消毒、檢查與維護程序**

**□委託本市已通過審查之輔具租賃特約單位執行者，檢附委託合約書影本1份即可。**

**ㄧ、輔具回收流程**

* 請以圖表及文字敘述說明輔具完整回收流程，應包含檢修、洗淨、消毒、乾燥、檢查包裝等流程及方法。
  + 輔具消毒方式應符合輔具租賃品清潔及消毒注意事項；輪椅及床類須另說明如何清潔避免疥瘡感染。
  + 流程中使用過和未使用過須分開運送。
  + 消毒場地須將使用過輔具和已消毒輔具分開置放。

**二、請檢附照片說明**(多家門市請於對應照片分別敘明門市名稱)**。**

|  |
| --- |
| **照片1** |
| ※請以電子檔填入、彩色列印。  ※欄位如不敷使用，請自行增列。 |
| **照片2** |
| ※請以電子檔填入、彩色列印。  ※欄位如不敷使用，請自行增列。 |

1. **輔具租賃服務流程**

**為提供民眾良好輔具租賃服務品質，請針對以下內容說明：**

**ㄧ**、請以圖表及文字敘述說明民眾接受輔具服務流程(內含輔具運送、安裝、使用訓練與追蹤服務、輔具使用過程中故障提供維修服務及客訴等服務流程)。

**二**、針對本市和平區(原住民及偏遠地區)，是否有強化服務流程。

1. **服務人員教育訓練規劃**

一、 針對服務人員預計提供教育訓練課程之具體規劃(含課程時間、邀集的講師、授課時數及完成日期)，且辦理訓練之師資應具備專業知能。

二、單位若未開辦課程，規劃參加其他單位(例如輔具中心、公會、團體)辦理輔具訓練、長照講座等規劃。

表一

**輔具購入證明建議格式：(請附電子掃描檔)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **康O輔具股份有限公司 產品售出/供應證明** | | | | | |
| **買受人：XX輔具租賃公司 統一編號：00000000** | | | **售出日期：2018/00/00 本公司為下列產品之 ⬛ 製造商 ⬜ 代理商** | | |
| **輔具名稱/型號** | **原廠製造序號** | **規格/功能** | | **出廠年月** | **查驗登記字號** |
| (例) 手動輪椅/KM2500 | MW17-50012 | 16吋座寬/輪椅B款 | | 2017/05 | 衛署醫器輸壹字第1234567號 |
| (例) 手動輪椅/KM2500 | MW17-50013 | 16吋座寬/輪椅B款 | | 2017/05 | 衛署醫器輸壹字第1234567號 |
| (例) 手動輪椅/KM2500 | MW17-50050 | 18吋座寬/輪椅B款 | | 2017/07 | 衛署醫器輸壹字第1234567號 |
| (例) 手動輪椅/KM5000 | MW17-63001 | 18吋座寬/輪椅B款+附加功能AB款 | | 2017/11 | 衛署醫器製壹字第3456789號 |
| **以上產品共計﹍﹍項，特此證明皆為本公司售出。 業務代表：王O明 （簽章） 公司負責人：陳O O （簽章）** | | | | **公司 用印** | |