**附件G**

臺中市114年度失智照護服務計畫-一般型失智社區服務據點 計畫效益自評表

填表日期：114年＿月＿日

|  |  |
| --- | --- |
| 單位名稱 |  |
| 服務地址 |  |
| 計畫期程 | 114年　　月　　日至114年　　月　　日 |
| 服務時段 |  |
| 關鍵績效指標 | **關鍵績效指標** | **目標值**(A) | **達成值**(B) | **達成率**(B/A)\*100% |
| 1. 服務個案人數
 |  |  |  |
| 1. 服務照顧者人數
 |  |  |  |
| 1. 照顧者服務人數佔總服務個案人數比率
 |  |  |  |
| 1. 提供失智共照中心轉介之確診失智個案至少1次服務比率
 |  |  |  |
| 1. 併有BPSD個案人數
 |  |  |  |
| 1. 認知促進模組期數
 |  |  |  |
| 1. 滿意度調查率
 |  |  |  |
| 1. 辦理長照2.0宣導活動
 | 場次 |  |  |  |
| 人數 |  |  |  |
| 1. 經費執行率
 |  |  |  |
| 1. （自訂指標）
 |  |  |  |
| 認知促進模組 | **目標期數** | **實際期數** | **服務目標值(每期)** | **第一期** | **第二期** | **第三期** | **合計** |
|  |  | 辦理日期 |  |  |  |  |
| 人數 |  |  |  |  |
| 人次 |  |  |  |  |
| 是否達標 |  |  |  |  |
| 經費執行情形 | **核定項目** | **核定經費** | **實際執行** |
| 活動費及營運費 |  |  |
| 認知促進模組 |  |  |
| **合計** |  |  |

**承辦人員： 覆核： 單位負責人：**