**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：**