

臺南市身心障礙者申請裝設「在宅緊急救援連線服務」資料表

申請日期：____年____月____日

申請人簽章：_____

身心障礙者 姓 名		出生年月日		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		裝設電話		手 機	
身 分 別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶				
戶 籍 地 址	臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄 ____號____樓之				
裝 設 地 址	<input type="checkbox"/> 同上 臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄 ____號____樓之				
障礙類別及 程 度	障別：____障（非為智能、精障、自閉症、失智症或第1類證明障別） 程度： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
病 況	<input type="checkbox"/> 心臟血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓/中風史 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 有導致昏迷之疾病：____ <input type="checkbox"/> 其他：____				
身 體 功 能 評 估	<input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 行動不便常跌倒 <input type="checkbox"/> 其他：____				
居 住 狀 況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 有同住家人，關係為：____				
就 醫 史	醫院：____科別：____主治醫師：____				

緊急聯絡人

緊急聯絡人#1	緊急聯絡人#2
姓名：	姓名：
關係：	關係：
地址：	地址：
家中電話：	家中電話：
工作電話：	工作電話：
行動電話：	行動電話：

區公所初審	檢附文件： <input type="checkbox"/> 身心障礙者身分證及身心障礙證明或手冊正、反面影本各 1 份。 <input type="checkbox"/> 最近 3 個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本 1 份。 <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶或身心障礙者生活補助之證明文件。 <input type="checkbox"/> 聯絡人身分證正、反面影本各 1 份。				
	1. 申請對象審查(須同時符合以下資格) <input type="checkbox"/> 設籍本市未滿 65 歲領有證明或手冊之身心障礙者(障別非為智障、精障、自閉症、失智症或第 1 類證明)。 <input type="checkbox"/> 未接受全日型住宿式機構照顧服務。				
	2. 補助資格審查 <input type="checkbox"/> 為本市列冊低收入戶、中低收入戶或身心障礙者生活補助者。 <input type="checkbox"/> 符合一般戶自費申請，且同意自費負擔。				
	承辦人		課長		區長
社會局 複審					
<input type="checkbox"/> 符合/原因： <input type="checkbox"/> 不符合/原因：				承辦人	
				科長	