

附件 1

填表日期：中華民國 年 月 日

金門縣政府 年身心障礙者社區式日間服務布建補助計畫申請表

|                |  |                             |           |        |  |
|----------------|--|-----------------------------|-----------|--------|--|
| 申請單位           |  | 核准機關                        |           | 日期文號   |  |
| 會(地)址          |  | (詳列鄉鎮市區村里鄰)                 |           | 統一編號   |  |
| 負責人            | 職稱   | 姓名                          | 承辦人       | 電話     |  |
| (申請單位用印、負責人簽章) |  |                             |           |        |  |
| 計畫名稱           |  | 福利別                         |           | 預定完成日期 |  |
| 計畫內容概要         |  |                             |           |        |  |
| 預期效益           | (請填寫具體數據)  |                             |           |        |  |
| 計畫總經費          |  | 申請本府補助                      | (單位：新臺幣元) |        |  |
| 申請其他單位補助項目及金額  |  | 自籌經費(括申請單位編列、民間捐款收費等，請詳予註明) |           |        |  |
| 附件             | 1. <input type="checkbox"/> 計畫書<br>2. <input type="checkbox"/> 個案名冊<br>3. <input type="checkbox"/> 專業人員名冊<br>2. <input type="checkbox"/> 建築物公共安全證明文件<br>3. <input type="checkbox"/> 房屋租賃契約書(無則免付)<br>4. <input type="checkbox"/> 法人登記證明<br>5. <input type="checkbox"/> 捐助章程或組織章程<br>6. <input type="checkbox"/> 其他 _____ |                             |           |        |  |

## 附件 2

### 衛生福利部社會及家庭署獎助身心障礙者社區式日間服務布建計畫 個案名冊(申請版)

單位：新臺幣元

| 服務提供單位<br>-據點名稱 | 區域 | 原住民<br>區、離島<br>及偏遠地<br>區(V) | 序號 | 個案姓名 | 身分證號碼 | 服務處遇費       |            |          |          |
|-----------------|----|-----------------------------|----|------|-------|-------------|------------|----------|----------|
|                 |    |                             |    |      |       | 每月申請金額      | 申請獎助<br>月數 | 獎助<br>比率 | 申請<br>金額 |
|                 |    |                             |    |      |       |             |            |          |          |
|                 |    |                             |    |      |       |             |            |          |          |
|                 |    |                             |    |      |       |             |            |          |          |
|                 |    |                             |    |      |       |             |            |          |          |
|                 |    |                             |    |      |       |             |            |          |          |
|                 |    |                             |    |      |       |             |            |          |          |
|                 |    |                             |    |      |       |             |            |          |          |
|                 |    |                             |    |      |       |             |            |          |          |
|                 |    |                             |    |      |       | 小計(A)：_____ |            |          |          |

申請獎助據點數計\_\_處(一般地區\_\_處、原住民區、離島及偏遠地區\_\_處)；申請個案人數合計：\_\_人(在案服務\_\_人、預計新增服務\_\_人)；  
合計申請金額計(A)：\_\_\_\_\_元。

- 備註：**
- 「序號」，同一服務提供單位內請依序編碼。
  - 服務使用者當月接受服務未滿 15 日折半支給(以 0.5 個月計)並請註明。
  - 本計畫全職專任專業人員教保員每人每月薪資須符合本計畫所定標準 30,000 元、生活服務員每人每月薪資須符合本計畫所定標準 26,000 元。
  - 本計畫專業人員其中有一人未達本計畫所定每名專業人員每月薪資標準，該月份僅得獎助每人每月服務處遇費 50%。服務提供單位各類專業人員配置，如未符合身心障礙者個人照顧服務辦法規定者，最高獎助服務處遇費 80%，至多獎助 3 個月，其餘未符合月份不予獎助。
  - 請同步將電子檔寄至承辦人信箱。

附件 3

衛生福利部社會及家庭署獎助身心障礙者社區式日間服務布建計畫  
專業人員名冊(教保員、生活服務員、社工員)

單位：新臺幣元

| 編號 | 服務提供單位 | 據點名稱 | 序號 | 職稱 | 專/兼任 | 姓名 | 到職日(年/月/日) | 本年度服務期間 | 109 年度每月薪資 | 勞保月投保薪資 | 健保月投保金額 | 勞退月提繳工資 | 備註<br>(最近異動日期) |
|----|--------|------|----|----|------|----|------------|---------|------------|---------|---------|---------|----------------|
|    |        |      |    |    |      |    |            |         |            |         |         |         |                |
|    |        |      |    |    |      |    |            |         |            |         |         |         |                |
|    |        |      |    |    |      |    |            |         |            |         |         |         |                |
|    |        |      |    |    |      |    |            |         |            |         |         |         |                |
|    |        |      |    |    |      |    |            |         |            |         |         |         |                |
|    |        |      |    |    |      |    |            |         |            |         |         |         |                |
|    |        |      |    |    |      |    |            |         |            |         |         |         |                |
|    |        |      |    |    |      |    |            |         |            |         |         |         |                |

1. 「序號」，同一服務提供單位內請依序編碼；同一職缺因年中出缺而採銜接遞補者，該職缺之序號請以「X-1」、「X-2」表達（如 3-1、3-2）。
2. 本計畫全職專任專業人員教保員每人每月薪資須符合本計畫所定標準 30,000 元、生活服務員每人每月薪資須符合本計畫所定標準 26,000 元。
3. 本計畫專業人員其中有一人未達本計畫所定每名專業人員每月薪資標準，該月份僅得獎助每人每月服務處遇費 50%。服務提供單位各類專業人員配置，如未符合身心障礙者個人照顧服務辦法規定者，最高獎助服務處遇費 80%，至多獎助 3 個月，其餘未符合月份不予獎助。
4. 本名冊及相關資訊應與全國身心障福利資訊整合平台一致。
5. 請同步將電子檔寄至承辦人信箱。

附件 4

衛生福利部社會及家庭署獎助身心障礙者社區式日間服務布建計畫  
個案名冊(核銷版)

單位：新臺幣  
元

| 服務提供單位 | 區域 | 原住民區、離島及偏遠地區(V) | 序號 | 個案姓名 | 身分證號碼 | 實際接受服務月份 | 服務處遇費  |      |      |      |        |      |      |
|--------|----|-----------------|----|------|-------|----------|--------|------|------|------|--------|------|------|
|        |    |                 |    |      |       |          | 申請經費   |      |      | 核銷經費 |        |      |      |
|        |    |                 |    |      |       |          | 每月申請金額 | 申請月數 | 獎助比率 | 申請金額 | 每月核銷金額 | 核銷月數 | 獎助比率 |
|        |    |                 |    |      |       |          |        |      |      |      |        |      |      |
|        |    |                 |    |      |       |          |        |      |      |      |        |      |      |
|        |    |                 |    |      |       |          |        |      |      |      |        |      |      |
|        |    |                 |    |      |       |          |        |      |      |      |        |      |      |
|        |    |                 |    |      |       |          |        |      |      |      |        |      |      |
|        |    |                 |    |      |       |          |        |      |      |      |        |      |      |
|        |    |                 |    |      |       |          |        |      |      |      |        |      |      |
|        |    |                 |    |      |       |          |        |      |      |      |        |      |      |

小計(A)：\_\_\_\_\_ 小計(a)：\_\_\_\_\_

- 備註：
- 核銷時應繳回金額=原核算金額(A)-核銷金額(a)=\_\_\_\_\_元。
  - 「序號」，同一服務提供單位內請依序編碼。
  - 服務使用者當月接受服務未滿 15 日折半支給(以 0.5 個月計)並請註明。
  - 本計畫全職專任專業人員教保員每人每月薪資須符合本計畫所定標準 30,000 元、生活服務員每人每月薪資須符合本計畫所定標準 26,000 元。
  - 本計畫專業人員其中有一人未達本計畫所定每名專業人員每月薪資標準，該月份僅得獎助每人每月服務處遇費 50%。服務提供單位各類專業人員配置，如未符合身心障礙者個人照顧服務辦法規定者，最高獎助服務處遇費 80%，至多獎助 3 個月，其餘未符合月份不予獎助。
  - 本名冊應與全國身心障福利資訊整合平台個案一致。
  - 請同步將電子檔寄至承辦人信箱。

# 附件 5

機關(單位)名稱：

接受金門縣政府 年身心障礙者社區式日間服務布建補助經費 年度<sup>上</sup>/<sub>下</sub>半年執行概況考核表(A4 格式)

中華民國 年 月 日起至 年 月 日止

單位：新臺幣元

| 計畫<br>編號 | 受補助單位 | 補助計畫 | 申請時<br>自籌經費 | 核定補助<br>經費 | 預定完成<br>日期 | 實際完成<br>日期 | 累計實支數  |        |                | 執行<br>進度<br>% | 核<br>銷<br>情<br>形 | 繳回經費           |     | 補助經費<br>支出中內<br>含補充保<br>費金額數 | 備註<br>(受益人次) |   |
|----------|-------|------|-------------|------------|------------|------------|--------|--------|----------------|---------------|------------------|----------------|-----|------------------------------|--------------|---|
|          |       |      |             |            |            |            | 項<br>目 | 合<br>計 | 自籌經費<br>支<br>出 |               |                  | 補助經費<br>支<br>出 | 經常門 |                              | 資本門          | 男 |
|          |       |      |             |            |            |            |        |        |                |               |                  |                |     |                              |              |   |
|          |       |      |             |            |            |            |        |        |                |               |                  |                |     |                              |              |   |
|          |       |      |             |            |            |            |        |        |                |               |                  |                |     |                              |              |   |
|          |       |      |             |            |            |            |        |        |                |               |                  |                |     |                              |              |   |
|          |       |      |             |            |            |            |        |        |                |               |                  |                |     |                              |              |   |
|          |       |      |             |            |            |            |        |        |                |               |                  |                |     |                              |              |   |
|          |       |      |             |            |            |            |        |        |                |               |                  |                |     |                              |              |   |
|          |       |      |             |            |            |            |        |        |                |               |                  |                |     |                              |              |   |
|          |       |      |             |            |            |            |        |        |                |               |                  |                |     |                              |              |   |

- 填表說明：1. 「執行進度%」欄係指計畫工作執行進度，非為經費支出進度。  
 2. 「申請時自籌經費」欄所列係指申請單位申請時所列之自籌款，「核定補助經費」欄所列係指本府核定之補助金額，「預定完成日期」欄所列係指申請單位申請時所列之預定辦理完成日期，「實際完成日期」欄係指受補助單位計畫辦理完成日期，非指核銷報結日期。  
 3. 「核銷情形」欄請於計畫執行完成就地審計核銷後，填寫「已核銷」，如有賸餘款、其他收入請隨函繳回，本府據以備查建檔結案。  
 4. 「累計實支數」，如包含經常支出及資本支出，或經常支出內包含「專業服務費」，受補助單位應分項說明。  
 5. 備註欄內請填報受益人次。

填表人： 業務主管： 主辦會計： 核轉機關首長： 辦理單位負責人：

## 接受金門縣政府 年身心障礙者社區式日間服務布建補助經費 計畫成果報告

|         |  |                              |  |  |
|---------|--|------------------------------|--|--|
| 受補助單位   |  |                              | 統一編號   |  |
| 計畫名稱    |  |                              | 計畫編號   |  |
| 計畫執行概況  | 時間   | 自 年 月 日<br>至 年 月 日           | <input type="checkbox"/> 與計畫預定時間相同。<br><input type="checkbox"/> 因故更改時間，原因：   |  |
|         | 地點   | 【服務區域或活動辦理地點】                | <input type="checkbox"/> 與計畫預定地點相同。<br><input type="checkbox"/> 因故更改地點，原因：   |  |
|         | 【含單位服務時間、活動內容及服務對象，與身心障礙福利相關者，應包含每週服務時數、障別、年齡及障礙程度之分析】   |                              |  |  |
| 受益人數/人次 | 預期辦理 <input type="checkbox"/> 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數<br><input type="checkbox"/> 受益人數/ <input type="checkbox"/> 受益人次 |                              | <input type="checkbox"/> 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 (A):<br><input type="checkbox"/> 人數 (a):<br><input type="checkbox"/> 人次 (a): |  |
|         | 實際辦理 <input type="checkbox"/> 場次/ <input type="checkbox"/> 據點數<br><input type="checkbox"/> 受益人數/ <input type="checkbox"/> 受益人次 |                              | 【本項無則免填】<br>場次/ <input type="checkbox"/> 據點數 (B):<br>場次/ <input type="checkbox"/> 據點數達成率 (B/A):    %                                   |  |
|         |  |                              | 男性 (b) :        人<br>女性 (c) :        人<br>人數達成率 ((b+c) / a) :    %/人   |  |
| 效益評估    | 【依申請補助計畫書所載效益，評估目標達成情形】  |                              |  |  |
|         | 預期效益   |                              |  |  |
|         | 實際效益   | 【實際效益與預期效益有顯著落差者，請敘明原因及改善方式】 |  |  |
| 計畫主辦人   |  |                              | 機<br>關<br>關<br>防<br>/<br>團<br>體<br>圖<br>記  |  |
| 聯絡電話    |  |                              |  |  |
| 電子信箱    |  |                              |  |  |

# 金門縣政府 年身心障礙者社區式日間服務布建補助計畫成果報告

## 壹、前言

## 貳、服務摘要

一、服務目標：

二、服務報告期間：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日至\_\_\_\_年\_\_月\_\_日。

三、服務概況：

四、目標達成情形：

(圖表、分析文字)

五、年度經費執行分析：

(圖表、分析文字)

## 參、服務對象條件及分析

一、性別分析：

(圖表、分析文字)

二、障礙類別分析：

(圖表、分析文字)

三、年齡層分析：

(圖表、分析文字)

四、居住區域分析：

(圖表、分析文字)

五、案家補助身分別分析：

(圖表、分析文字)

六、服務對象來源分析：

(圖表、分析文字)

七、其他(教育程度、經濟狀況、家庭型態、致殘原因……等)：

(圖表、分析文字)

## 肆、服務人力

一、服務人力配置：

二、服務人員簡歷：

| 年度 | 委辦業務 | 服務單位 | 姓名 | 職稱 | 性別 | 年齡 | 學歷(學校名稱及科系) | 年資 | 專職/兼辦 | 社工師證照 | 社工師執照 |
|----|------|------|----|----|----|----|-------------|----|-------|-------|-------|
|    |      |      |    |    |    |    |             |    |       |       |       |
|    |      |      |    |    |    |    |             |    |       |       |       |

三、督導人員簡歷：

| 年度 | 委辦業務 | 服務單位 | 姓名 | 職稱 | 性別 | 年齡 | 學歷(學校名稱及科系) | 年資 | 專職/兼辦 | 社工師證照 | 社工師執照 |
|----|------|------|----|----|----|----|-------------|----|-------|-------|-------|
|    |      |      |    |    |    |    |             |    |       |       |       |
|    |      |      |    |    |    |    |             |    |       |       |       |

## 伍、服務人力品質

一、在職訓練課程

| 年度 | 辦理時間 | 總時數 | 課程名稱 | 與身心障礙者相關 | 辦理單位 | 講師 | 參加人數 |
|----|------|-----|------|----------|------|----|------|
|----|------|-----|------|----------|------|----|------|

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

二、職前訓練課程及成果

(圖表、分析文字、檢附相關結業證書)

三、在職訓練時數

| 服務單位 | 職稱 | 姓名 | 課程名稱 | 與身心障礙者相關 | 辦理單位 | 受訓日期 | 時數 | 總時數 |
|------|----|----|------|----------|------|------|----|-----|
|      |    |    |      |          |      |      |    |     |
|      |    |    |      |          |      |      |    |     |

四、督導方式：

五、外督團督成果列表：

(檢附督導紀錄、個督紀錄至少 5 份)

陸、服務成果分析

一、服務狀況說明：

二、服務滿意度調查分析及回饋處理情形：

1. 服務滿意度調查分析

(圖表、分析文字)

2. 回饋處理情形：

| 回饋日期 | 回饋不滿意事項 | 回饋內容 | 處理方式及內容 | 備註 |
|------|---------|------|---------|----|
|      |         |      |         |    |
|      |         |      |         |    |

三、服務成果分析：

(圖表、分析文字)

柒、服務資源宣導

一、服務宣導內容及管道：

| 宣導內容 | 宣導管道 | 宣導次數 | 備註 |
|------|------|------|----|
|      |      |      |    |
|      |      |      |    |

二、服務宣導成效分析：

(圖表、分析文字)

捌、服務品質

一、申訴流程及管道

(除文字外，應附申訴流程圖表)

二、申訴案件處理情形：

| 申訴日期 | 申訴事項 | 申訴內容 | 處理方式及內容 | 備註 |
|------|------|------|---------|----|
|      |      |      |         |    |
|      |      |      |         |    |

玖、服務執行檢討與改進

(單位執行檢討與明年改進方向)