

編號：

## 金門縣身心障礙者臨時及短期照顧服務申請表

申請人	姓名		身份證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	電話		與身心障礙者關係		出生年月日	(__歲)
受照顧之身心障礙者	姓名		身份證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	電話		手機		出生年月日	(__歲)
	戶籍地址					
	通訊地址					
	身心障礙類別		障礙等級	<input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度		
目前狀況	<input type="checkbox"/> 在家照顧 <input type="checkbox"/> 就讀學校( ) <input type="checkbox"/> 機構住宿( ) <input type="checkbox"/> 機構日托( ) <input type="checkbox"/> 庇護性或支持性就業( ) <input type="checkbox"/> 職業訓練或固定就業( ) <input type="checkbox"/> 社區作業設施( ) <input type="checkbox"/> 日間照顧服務( ) <input type="checkbox"/> 家庭托顧( ) <input type="checkbox"/> 居家服務( ) <input type="checkbox"/> 日間服務且夜間社區居住者( )					
申請項目	<input type="checkbox"/> 臨時 <input type="checkbox"/> 短期	<input type="checkbox"/> 機構式照顧 <input type="checkbox"/> 居家式照顧 <input type="checkbox"/> 社區式照顧	<input type="checkbox"/> 協助膳食 <input type="checkbox"/> 簡易身體照顧服務 <input type="checkbox"/> 臨時性之陪同就醫 <input type="checkbox"/> 其他符合臨時及短期照顧服務精神之項目( )			
可家訪時間	日期： 時間：	特殊需求				
補助身份別	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 符合領取中低收入老人生活津貼發給辦法第六條第一項第一款 <input type="checkbox"/> 符合領取中低收入老人生活津貼者辦法第六條第一項第二款					
檢附文件	<input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明正反面影本 <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶證明(無則免附)					
申請服務日期	年 月 日					
個案來源	<input type="checkbox"/> 經他人介紹 <input type="checkbox"/> 其他機構轉介 <input type="checkbox"/> 自行求助 <input type="checkbox"/> 其他_____					
申請人簽章			申訴管道	金門縣政府社會處 082-324648		