**金門縣長期照顧服務特約申請書**

**\*\*必填\*\***

|  |  |
| --- | --- |
| **申請單位****全 銜** |  |
| **單位地址** |  |
| **負 責 人****/ 職 稱** |  | 聯絡電話 |  分機Mobile： |
| **承辦人員****/ 職 稱** |  | 聯絡電話 |  分機Mobile： |
| **E-MAIL** |  | 傳真電話 |  |
| **申請日期** |  年 月 日 |
| **附件** | 1. **「長照提供者申請特約應檢具文件一覽表」應備文件。**
2. **統一編號證明文件**
3. **其他應備文件(申請書請置於第1頁，其他文件依序排列)**

 □照顧管理資訊平台申請書(新服務單位皆須提供)□跨專業/單位策略整合服務合作單位清冊□申報照顧計畫擬定與服務連結(AA01)、照顧管理(AA02)費用，需檢附金門縣長期照顧跨專業服務個案管理員證書(2名人員以上檢附清冊)□  |
| **主要服務項目/區域** | 服務項目:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □全縣 | □金沙鎮 | □金湖鎮 | □金寧鄉 | □金城鎮 | □烈嶼鄉 | □烏坵鄉 |

服務項目:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □全縣 | □金沙鎮 | □金湖鎮 | □金寧鄉 | □金城鎮 | □烈嶼鄉 | □烏坵鄉 |

服務項目:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □全縣 | □金沙鎮 | □金湖鎮 | □金寧鄉 | □金城鎮 | □烈嶼鄉 | □烏坵鄉 |

服務項目:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □全縣 | □金沙鎮 | □金湖鎮 | □金寧鄉 | □金城鎮 | □烈嶼鄉 | □烏坵鄉 |

**備註:毎項服務皆須列出，服務項目如不敷使用，可自行增列** |
| **跨專業策略整合服務項目/區域** | 服務項目:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □全縣 | □金沙鎮 | □金湖鎮 | □金寧鄉 | □金城鎮 | □烈嶼鄉 | □烏坵鄉 |

服務項目:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □全縣 | □金沙鎮 | □金湖鎮 | □金寧鄉 | □金城鎮 | □烈嶼鄉 | □烏坵鄉 |

**備註:毎項服務皆須列出，服務項目如不敷使用，可自行增列** |
| **金門縣衛生局審核填寫** | 審查結果**(第一次)** | □通過。 □資料不完整，尚缺資料: □詳如申請特約應檢具文件檢核表。 □  □  | 審查人員/主管核章 |
|  |
| 審查結果**(第二次)** | □通過。 □不通過，原因:  | 審查人員/主管核章 |
|  |

|  |
| --- |
| **申請特約應檢具文件檢核表** |
| **申請單位** |  |
| **機構種類** | **特約項目** | **應備文件** |
| **業者自評** | **衛生局審核** |
| □(一)居家式服務類長照服務機構 | □身體照顧服務□日常生活照顧服務及家事服務□居家式喘息照顧服務□居家式醫事照護服務 | □□ | □□ | 1. 居家式服務類長照服務機構或設有居家式服務之綜合式服務類長照機服務構設立許可

**\*\*必填\*\***1. 申請辦理身體照顧、日常生活照顧服務、家事服務者，除新設立者外，應檢附評鑑相關文件
 | □完整 |
| □(二)社區式服務類長照服務機構 | □日間照顧服務□家庭托顧服務□臨時住宿服務□小規模多機能服務□社區式喘息照顧服務□社區式醫事照護服務 | □□ | □□ | 1. 社區式服務類長照服務機構或設有社區式服務之綜合式服務類長照服務機構設立許可
2. 申請辦理日間照顧服務、家庭托顧服務、臨時住宿服務、小規模多機能服務者，除新設立者外，應檢附評鑑相關文件。
 | □完整 |
| □(三)機構住宿式服務類長照服務機構 | □機構住宿式喘息照顧服務□居家式醫事照護服務□社區式醫事照護服務 | □ | □ | 1. 機構住宿式服務類長照服務機構或設有機構住宿式服務之綜合式服務類長照服務機構設立許可
 | □完整 |
| □(四)老人福利機構、身心障礙福利機構 | □日間照顧服務□居家式或社區式餐飲服務□交通服務□喘息照顧服務□居家式醫事照護服務□社區式醫事照護服務 | □ | □ | 1. 老人福利機構或身心障礙服務機構設立許可
 | □完整 |
| □(五)醫事機構、護理機構、醫療法人 | □日間照顧服務□居家式或社區式餐飲服務□交通服務□喘息照顧服務□居家式醫事照護服務□社區式醫事照護服務 | □□ | □□ | 1. 醫事機構、護理機構：開業執照

2.醫療法人：捐助章程或章程、立案證書、負責人當選證書影本 | □完整 |
| □(六)財團法人、非營利社團法人、社會福利團體或其他非營利人民團體 | □居家式或社區式餐飲服務□交通服務□居家式醫事照護服務□社區式醫事照護服務 | □ | □ | 1.捐助章程或章程、立案證書、負責人當選證書影本 | □完整 |
| □(七)勞動合作社 | □居家式或社區式餐飲服務 | □ | □ | 1.章程、立案證書、負責人當選證書影本 | □完整 |
| □(八)餐館業及其他餐飲業 | □居家式或社區式餐飲服務 | □ | □ | 1.營利事業登記證、商業登記證明文件或其他證明文件 | □完整 |
| □(九)公路汽車客運業、市區汽車客運業、計程車客運業、遊覽車客運業及小客車租賃業 | □交通服務 | □ | □ | 1.營利事業登記證、商業登記證明文件或其他證明文件 | □完整 |
| □(十)營業項目登記有醫療器材、醫療輔具製造、醫療輔具批發、醫療輔具零售項目、提供居家無障礙環境改善服務廠商營業項目登記有土木施工等之公司行號、藥局 | □輔具租賃服務 | □ | □ | 1.商業登記證明文件或藥商許可執照 | □完整 |
| □跨專業策略整合服務 | 依據申請特約應檢具文件辦理。 | □完整 |
| 備註 | 1. 營利社團法人或其他營利人民團體，申請特約提供居家式或社區式餐飲服務，應先依法登記為餐館業及其他餐飲業，並依第八欄規定辦理；申請特約提供交通服務，應先依法登記為公路汽車客運業、市區汽車客運業、計程車客運業、遊覽車客運業及小客車租賃業，並依第九欄規定辦理。
2. 財團法人、非營利社團法人或其他非營利人民團體、勞動合作社應先申請附設長照服務機構並取得長照服務機構設立許可證書，始依第一欄或第二欄規定，申請特約提供身體照顧服務、日常生活照顧服務及家務服務或日間照顧服務、家庭托顧服務、臨時住宿服務、小規模多機能服務等。

(三)接送衛生福利部或直轄市、縣(市)政府核准辦理「社區整體照顧服務體系」之巷弄長照站，得提供喘息服務。 |
| 衛生局申請進度說明 | 範例:108/01/01 13:00以電話聯繫通知待補跨專業服務相關證明。1. |
| 填表人員：  |

**長照服務契約書勾選「跨專業策略整合服務項目」者需填寫**

**跨專業/單位策略整合服務合作單位清冊 申請單位：**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 編號 | 服務名稱 | 合作單位名稱(全名) |
| 1 | 身體照顧、日常生活照顧及家事服務 |  |
| 2 | 喘息服務 | 居家喘息 |  |
| 3 | 機構喘息 |  |
| 4 | 社區喘息 |  |
| 5 | 醫事照護服務 | 居家復健 |  |
| 6 | 社區復健 |  |
| 7 | 居家護理 |  |
| 8 | 中醫 |  |
| 9 | 牙醫 |  |
| 10 | 藥事 |  |
| 11 | 西醫 |  |
| 12 | 聽力師 |  |
| 13 | 語言治療 |  |
| 14 | 呼吸治療師 |  |
| 15 | 心理諮商 |  |
| 16 | 營養服務 |  |
| 17 | 居家醫療 |  |
| 18 | 居家安寧 |  |
| 19 | 其他服務： |  |
| 20 | 日間照顧服務 |  |
| 21 | 家庭托顧服務 |  |
| 22 | 小規模多機能服務 |  |
| 23 | 沐浴車服務 |  |
| 24 | 居家式或社區式餐飲服務 |  |
| 25 | 交通服務 |  |
| 26 | 機構服務 |  |
| 27 | 輔具及居家無障礙環境改善評估服務 |  |
| 28 | 輔具服務 |  |
| 29 | 居家無障礙環境改善服務 |  |
| 28 | 社工服務 |  |
| 29 | 其他服務：  |  |

**\*\*新單位需填寫\*\***

照顧服務管理資訊平台申請書

 **基本資料**

|  |
| --- |
| 主管機關： |
| 機構名稱： |
| 負責人： | 統一編號： |
| 設立地址： |
| 帳號： | 密碼： |
| 連絡人姓名： |
| 出生日期： | 性別： |
| 身分證字號： | 國籍： |
| 學歷：□博 □碩 □大專 □高中職 | 身心障礙者：□是□否 |
| 聯絡電話：(1)  | (2) |
| 傳真電話： | 手機： |
| 戶籍地址： |
| 聯絡地址： |
| 電子信箱： |

 **人力類型**

|  |
| --- |
| 人力類型：□照顧服務員 □社工 □護理師 □行政人員□其他  |
| 來源：□通過90小時專業訓練  □持有丙級技術士  □高中職以上相關科系 |
| 申請日期： |

 **特約服務項目/區域：**

**1.**

**2.**

**3.**

**4.**