

金門縣政府社會處辦理老人收容安置補助申請表

(申請日期： 年 月 日)

需要服務者基本資料	名 姓		身分證 字號		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	出 生 年月日	民國 <input type="checkbox"/> 前 <input type="checkbox"/> 後	年 月 日	通訊電話		
	戶籍 地址	金門縣 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
	通訊 地址	_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 區 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
主要聯絡人資料	姓名：		身分證字 號			
	通訊電話：	家：	辦公室：	手機：		
	與需要者 之關係或 身分		通訊 地址	_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓		
	茲因 <input type="checkbox"/> 行動不便 <input type="checkbox"/> 路途遙遠 <input type="checkbox"/> 其他 _____ 確實無法親自申請， 特委託 _____ 君代為申請長期照顧服務補助					
受委託人基本資料	受委託 人姓名		身分證 字號			
	與委託 人之關 係		主要聯 絡電話			
	戶籍 地址	_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 區 _____ 村/里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
	已入住或欲入 住機構資料	機構 全銜		機構 電話		最近一 年度評 鑑等級
機構 地址		_____ 市 _____ 區 _____ 里 _____ 鄰 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓				
分身	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶					

應備文件	<input type="checkbox"/> 申請表。 <input type="checkbox"/> 當年度低收入戶或中低收入證明書。 <input type="checkbox"/> 機構入住合約書影本及繳款證明(已先行入住機構者應檢附)。 <input type="checkbox"/> 經財稅機關核定之最新全戶各類所得清單正本乙份，領有優惠存款者請提供優惠存相關證明(低收入戶免附) <input type="checkbox"/> 委託書(委託他人辦理應檢附)。 <input type="checkbox"/> 失能評估表正本，由本縣長期照顧管理中心評估後提供(以下簡稱長照中心)(申請人毋須檢附)。 <input type="checkbox"/> 領有院外就養金請務必勾選
額失能評估等級、補助金 (本項由本處承辦人員勾選)	<input type="checkbox"/> 本縣列冊低收入戶且具重度失能者補助金額新台幣 24,000 元(非本縣機構補助金額新台幣 21,000 元)。 <input type="checkbox"/> 符合本縣中低收入資格且具重度失能者補助金額新台幣 21,000 元。 <input type="checkbox"/> 符合一般戶-1 具重度失能者補助金額新台幣 10,000 元。 <input type="checkbox"/> 符合一般戶-2 且具重度失能者補助金額新台幣 5,000 元。 <input type="checkbox"/> 本縣列冊低收入戶且具中度失能者補助金額新台幣 21,000 元。 <input type="checkbox"/> 符合本縣中低收入老人且具中度失能者補助金額新台幣 21,000 元。
填表須知及注意事項	1. 申請者可檢附相關資料逕向當地社會處辦理。 2. 冊列低收入戶中、重度以上失能已獲機構安置補助之長者，不得重複領取任何補助或津貼；且不支應耗材及雜支。 3. 申請本補助獲准後，安置期間申請人若有異動情形，安置機構請於異動後 2 週內主動告知社會處(電話:082318823)。 4. 低收入戶自核定日起開始補助，領取本縣中低收入老人生活津貼資格者，自核准後次月開始補助，次月 1 日前仍未進住者，則依實際進住機構之日為補助基準，惟不得領取該月相關福利津貼。
備註	

* 最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人(或受委託人)簽名：_____

「全家人口確認表」：

序號	稱謂	姓名	性別	生日	身分證字號	備註 (往生、遷居國外或外籍人士等請註明)
----	----	----	----	----	-------	--------------------------

1			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
2			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
3			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
4			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
5			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
6			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
7			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
8			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
9			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
10			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
11			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
12			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
13			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
14			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
15			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
16			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
17			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
18			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
19			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
20			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			