

高雄市自閉症者家屬自助團體居家服務申請書

一、使用者基本資料

1. 姓 名：_____ 2. 性 別：☐男 ☐女
3. 出生日期：____年____月____日 4. 身分證統一編號：☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
5. 戶籍地址：____市____區____里____鄰____路街____巷____弄____號____樓
6. 通訊地址：____市____區____里____鄰____路街____巷____弄____號____樓
☐同戶籍地址
7. 社會福利身分別：☐1. 低收入 ☐2. 中低收入 ☐3. 一般戶
8. 身心障礙證明：☐無 ☐有
- 家庭狀況：☐雙親 ☐單親（☐父 ☐母）☐分居（與☐父 ☐母 ☐與_____同住）☐其他
- 教育程度：☐未曾就學 ☐幼稚園 ☐小學 ☐中學 ☐高中職 ☐其他_____
- 目前狀況：☐就學（就讀學校/班別：_____）☐在家
☐接受日間照顧：說明_____
9. 目前是否接受其他政府提供之服務：
☐1. 否 ☐2. 是→（☐臨托服務，每月____小時 ☐其它，請說明_____）
10. 目前需要服務者是否住在機構：
☐1. 否 ☐2. 是→（是否接受公費補助：☐是 ☐否）
11. 目前是否聘請看護幫忙照顧：
☐1. 否 ☐2. 是→（☐本籍 ☐外籍）
12. 在沒有人或工具幫助的情形下，使用者無法完成下列哪些活動：
☐1. 吃飯 ☐2. 上／下床 ☐3. 室內／外走動 ☐4. 穿衣服 ☐5. 洗澡 ☐6. 上廁所

二、主要照顧者基本資料

1. 姓 名：_____ 關係：_____
2. 國民身分證統一編號：☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
3. 電 話：(H)_____ (O)_____ 轉_____ 手機：_____
4. 通訊地址：____市____區____里____鄰____路街____巷____弄____號____樓
5. 接受居家服務需求的時間(段)：_____
- 申請人（或代理人）簽章：_____（必簽）
申請日期：____年____月____日

◎ 最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證不符事實申請補助費用者，則應負一切法律責任，並即刻返還已支付之居家服務補助經費。

承辦人員

業務主管

理事長

續頁

個案家庭基本資料

姓名(家庭成員)	關係	生日	備註(職業)

家系圖：(由服務單位填寫)

家庭環境概述(如互動、經濟、成長大事記等)：

個案疾病史：

疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否 接受治療	疾病名稱	發病時間 (年、月)	目前是否 接受治療
高血壓		☐ 是 ☐ 否	泌尿道疾病		☐ 是 ☐ 否
心臟病		☐ 是 ☐ 否	過敏		☐ 是 ☐ 否
糖尿病		☐ 是 ☐ 否	氣喘		☐ 是 ☐ 否
腎臟疾病		☐ 是 ☐ 否	腦性麻痺		☐ 是 ☐ 否
消化系統 (肝、膽、 腸、胃)		☐ 是 ☐ 否	其他：_____		☐ 是 ☐ 否

身心障礙證明影本
正面

身心障礙證明影本
反面