

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. 通訊地址：____市____區____里____鄰____路街____巷____弄____號____樓
6. 戶籍地址：____市____區____里____鄰____路街____巷____弄____號____樓
7. 社會福利身分別：1. 一般戶 2. 中低收入 3. 低收入
8. 身心障礙手冊(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_____ 安置於機構：說明_____
9. 目前是否領有政府提供之其它身障補助津貼：否 是 _____元
10. 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_____)
11. 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)
12. 目前是否聘請看護幫忙照顧：
1. 否 2. 是→(本籍 外籍)
13. 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)_____ (0)_____ 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

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		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	泌尿道疾病		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
心臟病		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	_____ 過敏		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
糖尿病		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	氣喘		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
腎臟疾病		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	腦性麻痺		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
消化系統 (肝、膽、 腸、胃)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	其他：_____ _____		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

身障手冊(身心障礙證明)影本
正面

身障手冊(身心障礙證明)影本
反面