

高雄市政府社會局 老人在宅緊急救援連線服務申請書



一、基本資料		申請日期	____年____月____日		
姓名			身分證字號		
出生年月日	____年____月____日		常用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他	
連絡電話	手機:		市話:		
現居地址					
戶籍地址					
福利資格	<input type="checkbox"/> 本市列冊低收入戶 <input type="checkbox"/> 本市列冊中低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 經各級政府補助身心障礙者日間照顧費用達百分之五十以上之獨居長者 <input type="checkbox"/> 經社會局列冊獨居關懷對象				
家庭型態	<input type="checkbox"/> 獨居(家中未有其他子女、親友同住) <input type="checkbox"/> 老老同住(家中未有其他子女、親友同住，僅2名年滿65歲以上長者同住) <input type="checkbox"/> 與長者同住者為未成年或身心因特殊狀況致不適合擔任照顧者情形				
身體特殊狀態	病況： <input type="checkbox"/> 心臟血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 腦中風 <input type="checkbox"/> 帕金森氏症 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 癌症：_____ <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	身體功能評估： <input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 睡眠困難 <input type="checkbox"/> 截肢或行動不便 <input type="checkbox"/> 近半年常掛急診或有住院紀錄 <input type="checkbox"/> 近半年發生跌倒事件 <input type="checkbox"/> 生活需他人協助(<input type="checkbox"/> 進食 <input type="checkbox"/> 用藥 <input type="checkbox"/> 如廁 <input type="checkbox"/> 洗澡 <input type="checkbox"/> 穿脫衣服及鞋襪 <input type="checkbox"/> 平地走動) <input type="checkbox"/> 其他：_____				
	輔具使用： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 四腳拐/拐杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
緊急聯絡人	順序 1	姓名:	關係:	(手機) (市話)	
	順序 2	姓名:	關係:	(手機) (市話)	
二、代辦人資料(申請人為本人免填，非本人請詳填代辦人內容，以利聯繫確認)					
代辦人姓名		與申請人關係		連絡電話	
三、轉介單位(由本人或親友申請者免填)					
單位名稱: _____ 轉介人員: _____ 連絡電話: _____ <input type="checkbox"/> 已告知本人(申請裝機長輩)代為向社會局申請。 <input type="checkbox"/> 已告知緊急聯絡人並獲同意擔任。					
申請服務注意事項： (一) 患有失智症、精神異常至無法辨識服務使用時機及操作方式者，不符本服務申請對象。 (二) 本市獨居老人關懷服務申請，請洽本局長青綜合服務中心，連絡電話：07-771-0055。 (三) 本服務受理申請後將委託民間單位進行家訪評估，若不符公費補助資格，可自行電詢本局委託單位-中興保全科技股份有限公司，連絡電話：0800-095-119 自費申請。					
如有疑問請洽:高雄市政府社會局老人福利科 電話:(07) 3373376-8 傳真:(07) 3302649					