**高雄市政府衛生局-112年度住宿式服務機構使用者補助方案**

**長照需要等級評估需求人數表(機構回報)**

機構名稱：

機構地址：

填表人員： 聯絡電話：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序號 | 使用機構者姓名 | 身份證字號 | 出生年月日 | 最近一次入住機構起迄日 | 是否已住滿180天  (是/否) | 是否具身心障礙證明(有請填輕度/中度/重度/極重度) | 是否曾經照管專員評估失能等級(有請填2~8等級) | 備註(說明需重新評估失能等級) | 主要照顧者/聯絡人姓名 | 主要照顧者/聯絡人身份證字號 | 主要照顧者/聯絡人電話 |
| 1 | 林○○(範例1) | A0000000000 | 45/03/18 | XX/XX/XX-XX/XX/XX | 是 | 輕度 | 是；3級 | 需重新評估 | 林○○ | S000000000 | 09-XXXXXXXX |
| 2 | 陳○○(範例2) | B0000000000 | 24/05/16 | XX/XX/XX-XX/XX/XX | 否 | 輕度 | 未評估 | 需重新評估 | 張○○ | E000000000 | 07-XXXXXXX |
| 3 | 吳○○(範例3) | D0000000000 | 41/12/04 | XX/XX/XX-XX/XX/XX | 是 | 無 | 是；7級 | 無需重新評估 | 陳○○ | W000000000 | 09-XXXXXXXX |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(表格不敷使用，請自行新增)

注意事項：

1. 先前曾經照管中心評估、且達4級以上者，無論是否已結案，皆符合本補助資格，惟如多次評估等級不同者，以最新照管中心評估資料為主
2. **具當年度有效期之身心障礙證明程度達中度以上者等同於長照等級4級**，就不需經照管專員重新評估，請填「**具身心障礙證明中度以上**/**長照等級評估4級以上人數表**」。
3. 請確認住民是否為「**領有中低收入失能老人機構公費安置費補助者**」或「**依身心障礙者日間照顧及住宿式照費用補助辦法第2條規定本年度曾經或已經領取補助者**」，若「**有**」則不符本方案申請資格。
4. 符合補助條件之使用機構者，於申請日前已離開機構返家或已歿者，因已有入住機構事實，亦可提出申請。