

## 苗栗縣身心障礙者自立生活支持服務計畫 【自立生活服務申請表】

申請日期： 年 月 日

※填妥後請傳真：037-270550 ※洽詢電話：037-268687

基本資料				
姓名		身份證字號		出生日期 年 月 日
通訊處	居住地址：			
聯絡電話	住家：		手機：	
緊急聯絡人		關係		聯絡電話
目前使用福利服務	1. <input type="checkbox"/> 機構安置 2. <input type="checkbox"/> 聘雇看護(傭) 3. <input type="checkbox"/> 領有政府特別照顧津貼、日間照顧費或其他照顧費 4. <input type="checkbox"/> 居家照顧(已使用此服務者， <u>同一時段內不得重複申請個人助理服務補助</u> ，其他自立生活服務則不限) 5. <input type="checkbox"/> 其他 _____			
申請項目及需求				
需求說明				
申請項目	<input type="checkbox"/> 自立生活能力增進及支持(個人生活協助...) <input type="checkbox"/> 社會參與及人際關係協助(娛樂休閒、團體活動、友善訪視...) <input type="checkbox"/> 健康支持(陪同就醫、復健協助...) <input type="checkbox"/> 同儕支持(充權、倡議、心理支持...) <input type="checkbox"/> 其他自立生活相關支持			

申請人/代理人(簽名)： \_\_\_\_\_ 與申請人關係： \_\_\_\_\_

開案評估(*以下由社工員填寫*)			
障礙類別	第 _____ 類	障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
經濟身分	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 領有身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶	身障證明有效期限	年 月 日
其他說明			
初評結果	<input type="checkbox"/> 資格符合且需求評估已核定建議使用自立生活。 <input type="checkbox"/> 資格符合但需求評估未核定建議使用自立生活(轉呈縣府需求評估團隊審查)。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因 _____ <input type="checkbox"/> 不轉介 <input type="checkbox"/> 轉介 _____ (單位)		

專案社工員：