|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名  **臺中市政府社會局低收入戶孤苦無依老人收容照顧補助申請表**107.1.1起適用 |  | | | | 性 別 | | | 男□  女□ | | | | 年月日  出 生 | | | 民 年 月 日 足齡 歲 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 福利身份 | | □低收入戶 |
| 出生地 | 省/市  縣/市 | | | | | | | 身份證字號 | | | | | | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | |  | |  | | |  |
| 效期: |
| 直系卑親屬人數調查 | □經查申請人無任何 直系卑親屬。 | | | | | | | | 直系卑親屬住址及  聯絡電話 | | | | 聯絡住址：  聯絡電話：( ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| □經查申請人計有直系卑親屬計\_\_\_名列如下： | | | | | | | |
| 直系卑親屬無扶養能力說明  \*請參照社會救助法施行細則第五條 | | | | □列冊低收入戶。  □罹患嚴重傷、病，必須三個月以上之治療或療養至不能工作。  □因照顧特定身心障礙或罹患特定病症且不能自理生活之共同生  活或受扶養親屬，至不能工作。  □身心障礙至不能工作。  □依就業保險法第二十五條規定辦理失業認定或依同法第二十九  條、第三十條規定辦理失業再認定，並取得失業認定證明。  □其他事由  ※ 檢附證明文件名稱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | | | | 稱 謂 | | |
|  | | | | |  | | |
|  | | | | |  | | |
| 戶籍地址 | | 縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 通訊地址 | | □同戶籍地址  縣市 鄉鎮市區 村里 路街 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急聯絡 人 | | 姓 名 | |  | | | | | | | 關 係 | | |  | | | | | | | | | | | | | | 電 話 | | | | | ( )- | | | | |
| 地 址 | | 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 案主婚姻狀況 | | □未婚 □已婚 □離婚 □鰥/寡 □其他， | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 案 主  健康概況 | | 健保卡：□有（□一般□福保）□無（請說明）  身心障礙手冊/證明：□有，類別： 等級： □無  其他摘述： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 基本資格 | | 是否設籍本市： □是 □否  是否有生活自理能力：□是 □否 | | | | | | | | | | | | | | | | | 擬 安 置機構名稱 | | | | | | □臺中市立仁愛之家  □衛生福利部中區老人之家  □其他私立機構： | | | | | | | | | | | | |
| 照顧類別 | | □安養：身心健康行動正常而乏人照料的老人。  □養護：未達中度失能之低收孤苦無依老人。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 右列疾病是否罹有 | | | | | | □**否** □ 肺 結 核  □ B或C型肝炎  □梅毒或AIDS | | | | | | | |
| 申請人或法定代理人簽章(簽名或蓋章可擇一) | | | 簽 章 | | | | 申請機關 | | | 區公所 | | | | | | | 課 長 | | | | 核 章 | | | | | | | | | | | 區 長 | | | 核 章 | | |
| 承辦人 | | | 核 章 | | | | | | |
| 申請時間 | | | 年 月 日 | | | |

* 請檢具下列表件提出申請：申請人身分證影本、戶口名簿影本或電子戶籍謄本(請擇一檢附)、申請年度低收入戶證明書(若申請時有跨年度之情形請同時檢附下年度低收入戶證明書)、衛生署評鑑合格醫院最近三個月內開立之體格檢查表(需含肺部X光、B型肝炎、C型肝炎、梅毒血清、AIDS、法定傳病等檢驗項目)。**體檢表請依欲入住機構格式提供。**
* 限制：基於福利不得重複請領原則，已獲准老人收容照顧費用補助者，不得再重複領取任何補助或津貼。原領取之補助或津貼優於本補助標準者，依擇優領取原則，不予核定本項安置補助。補助對象應符合未聘僱看護、未接受其他機構收容安置、未領有政府提供之其他照顧費用、生活補助或津貼等。