

附件 2

臺中市高照顧負荷創新服務方案-申請案件回覆表(服務單位填寫)

申請案件處理 回覆	服務提供單位評估	體驗對象 姓名		身分證字號	
		日間服務 體驗	☐ 社區式日間照顧服務 ☐ 社區日間作業設施 ☐ 身心障礙福利機構(日間式服務) 受理轉介單位: _____ 受理結果: ☐ 受理轉介, 預計_____年_____月_____日開始體驗服務。 ☐ 無法受理轉介, 原因: _____ _____		
		承辦人 核章		業務主管核章	
		夜間服務 體驗	☐ 社區居住服務 受理轉介單位: _____ ☐ 身心障礙福利機構(日間式服務) 受理轉介單位: _____ 受理結果: ☐ 受理轉介, 預計_____年_____月_____日開始體驗服務。 ☐ 無法受理轉介, 原因: _____ _____		
		承辦人 核章		業務主管核章	

聯絡電話:(04)2228-9111#37361 臺中市政府社會局身心障礙福利科徐小姐,
 傳真:(04)2229-1807, 信箱:tccgw6093@taichung.gov.tw