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](mailto:tccgw6093@taichung.gov.tw)