

附件 1

臺中市高照顧負荷創新服務方案-照顧服務體驗轉介申請表

申請日期：____年____月____日

轉介單位：☐身心障礙者服務中心第____區，轉介人員：____，聯絡電話：____

☐家庭照顧者支持服務據點____區，轉介人員：____，聯絡電話：____

☐其他：____，轉介人員：____，聯絡電話：____

個案 基本資料	姓名		身分證字號	
	出生日期	年 月 日 (歲)	聯絡電話	
	戶籍地址			
	居住地址			
	居住情形	☐ 獨居 ☐ 與家屬同住：年齡 6 歲以下____名，7 歲至 64 歲____名，65 歲以上____位；其中身心障礙者未滿 35 歲以下____位，35 歲以上____位。		
家庭照顧者 基本資料	姓名		身分證字號	
	出生日期	年 月 日 (歲)	聯絡電話	
	戶籍地址			
	居住地址			
服務對象 類型	一、 ☐ 高照顧負荷家庭： ☐ （一）身障者服務中心服務專員依身心障礙者服務分級指標評估表列為第一級、第二級個案。 ☐ （二）經家照據點社工依照照顧負荷量表評估為中、高負荷者。 二、 ☐ 身心障礙者雙老家庭：身心障礙者 35 歲以上且照顧者 60 歲以上的家庭。 三、 ☐ 家中有 2 名以上身心障礙者。 四、 ☐ 嚴重情緒行為個案： ☐ （一）經需求評估有情緒行為問題個案。 ☐ （二）經縣市行為輔導團隊開案提供服務之個案。 ☐ （三）運用「情緒行為照顧負荷分級篩檢表」篩檢出第三、二級個案。			
服務對象 資格	☐ 未曾使用照顧服務資源之身心障礙者，經身障者服務中心服務專員或家照據點社工評估，有體驗服務需求者。 ☐ 未經需求評估且有體驗意願之身心障礙者，透過身障者服務中心服務專員或家照據點社工評估，有體驗服務需求者。 <u>* 照顧服務資源係指身障日照、小作、社區居住。</u>			
申請服務類型 (可同時體驗 日間及夜間服 務)	一、 ☐ 日間服務體驗： ☐ （一）社區式日間照顧服務： (服務單位名稱：_____(未確定者免填)) ☐ （二）社區日間作業設施：			

	(服務單位名稱: _____) (未確定者免填) ☐ (三)身心障礙福利機構(日間式服務) : (服務單位名稱: _____) (未確定者免填) 二、 ☐ 夜間服務體驗-社區居住服務 : (服務單位名稱: _____) (未確定者免填)		
檢附文件	☐ 申請表 ☐ 身心障礙證明正反面影本 ☐ 其他: _____		☐ 身心障礙者服務分級指標評估表 ☐ 照顧負荷量表 ☐ 情緒行為照顧負荷分級篩檢表
申請人/代理人簽章	代理人稱謂: _____ 中華民國____年____月____日		
申請案件處理 回覆	市府 審核	☐ 符合 本體驗服務對象類型及資格，轉介日間服務體驗： ☐ 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)，服務提供單位_____ ☐ 夜間服務體驗-社區居住服務，服務提供單位_____ ☐ 未符合 本體驗服務對象類型或資格，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