

基隆市獨居老人列冊及關懷整合型服務 申請表

112.12.14版

填表日期： 年 月 日

申請人 基本資料	姓名		身分證字號		
	出生年月日		民國 <input type="checkbox"/> 前 年 月 日		
戶籍地址	基隆市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
通訊地址/ 裝機地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 基隆市 區 里 路(街) 段 巷 弄 號 樓				
基本資料	一、婚姻狀況 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離異 二、教育程度 <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國(初)中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專以上 三、溝通語言 <input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 臺語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他_____ 四、居住型態 <input type="checkbox"/> 獨居無親人 <input type="checkbox"/> 獨居有親人 <input type="checkbox"/> 非獨居 ( <input type="checkbox"/> 與 65 歲以上老人同住 <input type="checkbox"/> 同住者無照顧能力)				
健康狀況	一、聽力狀況 <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 重聽 <input type="checkbox"/> 配戴助聽器 二、輔具使用 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 拐杖/四腳拐 <input type="checkbox"/> 義肢 <input type="checkbox"/> 節律器 <input type="checkbox"/> 其他_____ 三、罹患疾病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 關節炎 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他_____ 四、身障證明 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 五、主要就診醫院、醫師 _____				
福利狀況	一、經濟類別 <input type="checkbox"/> 低收入戶 _____款 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 _____倍 <input type="checkbox"/> 一般戶 二、保險情形 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 其他_____ 三、福利服務使用 <input type="checkbox"/> 居家服務 <input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 愛心手鍊 <input type="checkbox"/> 其他_____				
申請項目	<input type="checkbox"/> 獨居老人列冊 <input type="checkbox"/> 在宅緊急救援通報系統 <input type="checkbox"/> 老伴基地服務： <input type="checkbox"/> 電話問安 <input type="checkbox"/> 關懷訪視 <input type="checkbox"/> 福利諮詢服務 <input type="checkbox"/> 休閒服務 <input type="checkbox"/> 就醫協助 <input type="checkbox"/> 居家清潔亮晶晶服務(需經專人評估)： 清潔頻率：_____ (每月至多1次) 清潔時數：_____ (每次至多3小時) <input type="checkbox"/> 其他：_____				
緊急 聯絡人	順序	姓名	關係	電話	地址
	1				市(縣) 區 里 路(街) 巷 弄 號 樓
	2				市(縣) 區 里 路(街) 巷 弄 號 樓
	3				市(縣) 區 里 路(街) 巷 弄 號 樓

