

個案來源	☐ 經他人介紹	☐ 其他機構轉介	☐ 自行求助	☐ 需求評估中心轉介	☐ 其他：_____
------	--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

申請人姓名			身分證字號		
與身心障礙者關係			申請人職業		
身心障礙者姓名			身分證字號		
出生年月日	年 月 日	性別		電話	
戶籍地址					
通訊地址	☐ 同上				
身心障礙類別	☐ 第一類 神經系統及精神、心智功能 ☐ 第二類 眼、耳及相關與感官功能及疼痛 ☐ 第三類 涉及聲音與語言構造及其功能 ☐ 第四類 循環、造血、免疫與呼吸系統及其功能 ☐ 第五類 消化、新陳代謝與內分泌系統相關及其功能 ☐ 第六類 泌尿與生殖系統相關及其功能 ☐ 第七類 神經、肌肉、骨骼之移動相關及其功能 ☐ 第八類 皮膚與相關構造及其功能				
障礙等級	☐ 極重度 ☐ 重度 ☐ 中度 ☐ 輕度				
目前福利使用狀況	☐在家照顧 ☐居家服務： ☐機構住宿： ☐庇護性或支持性就業： ☐社區作業設施： ☐看護 ☐日間照顧服務： ☐機構日托： ☐職業訓練或固定就業： ☐日間服務且夜間社區居住者：				

需求評估中心建議使用福利項目	☐ 行動不便身相障礙者專用停車位識別證明		
	<u>身心障礙者必要陪伴者優惠措施</u>		
	☐ 搭乘國內大眾運輸工具之必要陪伴者		
	☐ 出入收費公、民營風景區；康樂場所或文教設施之必要陪伴者		
	<u>身心障礙者個人照顧服務</u>		
	☐ 生活重建 ☐ 社區居住 ☐ 日間照顧服務 ☐ 自立生活支持服務(個人助理) ☐ 社區日間作業設施服務 ☐ 住宿式照顧服務 ☐ 家庭托顧服務 ☐ 心理重建 ☐ 婚姻與生育輔導 ☐ 行為輔導 ☐ 課後照顧 ☐ 情緒支持		
補助身分別	☐ 一般戶 ☐ 中低收入戶		
	☐ 領有身心障礙生活補助者 ☐ 低收入戶		
可家訪時間	日期： 時間：	特殊需求	
申請文件	☐ 戶口名簿影本 ☐ 低收入戶證明有本（無免附） ☐ 中低收入戶（無免附）		
	☐ 身心障礙者證明影本 ☐ 身心障礙者生活補助相關證明		

二、家托服務使用建議

評估結果與處遇建議

一、使用家庭托顧期待：

- 1、身體照顧服務：☐協助如廁 ☐協助沐浴、穿換衣物 ☐協助口腔清潔
☐進食、服藥 ☐翻身、拍背 ☐協助上下床
☐協助使用輔具 ☐陪同運動或協助復健 ☐其他：
2、生活照顧服務：☐提供文書或文康休閒器材 ☐膳食及點心備餐
☐協助參與社區活動 ☐其他：
3、安全照顧服務：☐注意異常及緊急狀況 ☐協助緊急通報醫療機構
☐危機事故處理 ☐其他：
4、其他建議事項：

二、處遇建議：

☐正式開案，安排後續服務預計安排家訪日期： 年 月 日

☐資格不符，轉介其他資源：

原因

轉介單位

☐其他：

單位主管		社 工	
------	--	-----	--