

屏東縣低收入戶及中低收入戶失能老人公費就養申請表

申請人基本資料	姓名		身分證字號		出生年月日	____年__月__日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	戶籍地址	(鄉/鎮/市) 村(里) 鄰 路(街) 巷		段 弄 號 樓之					
	居住地址	(鄉/鎮/市) 村(里) 鄰 路(街) 巷		段 弄 號 樓之					
	通訊電話		有無領取身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 有 (障礙等級： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度；障礙類別：_____) <input type="checkbox"/> 無					
	教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 中學 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大專以上 <input type="checkbox"/> 其他____							
	曾任主要工作	<input type="checkbox"/> 工 <input type="checkbox"/> 農 <input type="checkbox"/> 自由業 <input type="checkbox"/> 商 <input type="checkbox"/> 公教 <input type="checkbox"/> 軍 <input type="checkbox"/> 其他____							
	宗教信仰	<input type="checkbox"/> 佛教 <input type="checkbox"/> 天主教 <input type="checkbox"/> 基督教 <input type="checkbox"/> 道教 <input type="checkbox"/> 一貫道 <input type="checkbox"/> 回教 <input type="checkbox"/> 一般民間信仰 <input type="checkbox"/> 其他_____							
	使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語 <input type="checkbox"/> 其他_____							
	有無使用輔具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 盲人杖 <input type="checkbox"/> 其他							
	有無重大傷病卡	<input type="checkbox"/> 有，疾病名稱_____ <input type="checkbox"/> 無							
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 再婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 其他_____							
	健康狀況	<input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 泌尿系統疾病 <input type="checkbox"/> 其他____ <input type="checkbox"/> 無							
	目前居住地點	<input type="checkbox"/> 家中 (<input type="checkbox"/> 同戶籍地 <input type="checkbox"/> 同居住地) <input type="checkbox"/> 醫院 (名稱：_____) <input type="checkbox"/> 老人福利機構或護理之家 ※若勾選此項目，請填下方「安置單位」							
安置單位	機構名稱				機構電話				
	進住日期	____年____月____日							
應備文件	<input type="checkbox"/> 1. 申請表 <input type="checkbox"/> 2. 申請人身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 3. 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 4. 中低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 5. 代填人身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 6. 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 7. 其他_____								
申請公費原因									

<p>入住機構順位</p>	<p>公費安置機構入注意願順序：(必填)</p> <p>1. _____。</p> <p>2. _____。</p> <p>3. _____。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>合約機構依屏東縣政府社會處公告最新年度屏東縣政府簽約公費安置老人養護機構名冊為填寫順序，相關資訊請登入本府社會處老人福利專區參閱之。</p> </div>
<p>待床意願</p>	<p><input type="checkbox"/> 有(同意等待有意願入住之機構)</p> <p><input type="checkbox"/> 無</p> <p style="text-align: right;">申請人簽(章)：_____</p>
<p>填表須知</p>	<p>1. 本項補助應符合<u>低收入戶</u>或<u>中低收入戶</u>資格，中低收入老人生活津貼非屬補助對象。</p> <p>2. 本項補助低收入戶或中低收入戶須設籍本縣滿1年以上、年滿65歲，且經評估符合重度失能以上者為補助對象；倘經評估為中度失能，需專人長期照顧者，並經本府評估家庭支持情形，確有進住必要者，且符相關規定資格，得專案補助。</p> <p>3. 基於福利不得重複請領原則，已獲准本項補助者不得重複領取其他相關福利救助。</p> <p>4. 對經核定補助之老人每年初將重新核對福利身分別，倘不符公費安置資格，可於文到一個月內檢具相關文件至本縣設籍所在地鄉(鎮)市公所提出申復，若仍不符資格，即停止公費安置資格變更為自費身分入住。</p>
<p>申請人聲明已閱讀並了解申請表各節內容，同時證明在申請表內所填各項資料均與事實無誤，如為代填，代填人也已將表內事項詳告申請人，確認申請人已悉且同意委託代填人代為辦理。</p> <p>◎代填人姓名_____ 與申請者關係_____ 聯絡電話() _____</p> <p>聯絡地址_____ 手機：_____</p> <p>簽章(簽名或蓋章)：_____</p> <p>申請日期：民國_____年_____月_____日</p>	