

彰化縣身心障礙者自立生活支持服務申請書

申請日期： 年 月 日

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生日	年 月 日	身份證字號	
通訊地址			
戶籍地址	<input type="checkbox"/> 同通訊地址 <input type="checkbox"/> 其他：		
聯絡電話	住家：	手機：	
聯絡人	姓名：	關係：	聯絡電話：
目前領有身心障礙： <input type="checkbox"/> 手冊 <input type="checkbox"/> 證明，障別：_____ 障礙程度：_____			
身分別： <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收 <input type="checkbox"/> 家庭總收入平均分配全家人口之金額達當年度每人每月最低生活費 1.5 倍以上未達 2.5 倍者 (非中低收但領有身心障礙者生活補助費者)			
目前是否領有政府提供之照顧補助費用： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，_____			
目前需要服務者是否住在機構： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，機構名稱：_____			
目前需要服務者是否使用居家照顧服務： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是，提供單位：_____			
居家服務項目：_____			
目前是否聘請看護幫忙照顧： <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是→(□本籍 □外籍) <input type="checkbox"/> 申請中 →(□本籍 □外籍)			
申請方式	※將申請表填妥後，可以以下方式申請服務： 1. 地址：500 彰化縣彰化市博愛街 53 巷 85 號(切膚之愛基金會) 2. E-mail： 392608@cch.org.tw 3. 電話：04-7238595 轉 4537 4. 傳真：04-7237673，傳真後請來電確認有無收到申請表		

※切結書

申請人_____茲申請身心障礙自立生活，如有接受機構收容安置、聘僱看護(傭)、領有政府提供之特別照顧費津貼、日間照顧費或其他照顧費用補助等虛報、隱匿或其他不當行為之情形且不得重疊使用居家服照顧服務時間，經查明者，無條件停止本項服務，且返還政府已支付個人助理員之相關費用。另外，本服務不提供罹患開放性肺結核傳染病者及具攻擊行為之精神病患，如有隱匿不報之情形，以致個人助理員/同儕支持員或專案管理員受到身心傷害，所導致之後果，概由申請人負責。

申請人(或主要聯絡人)簽名：_____