

彰化縣政府緊急救援連線系統申請表

申請者	申請人 (單位)		申請日期		
	聯絡人		聯絡電話		
基本資料	使用者姓名		身份證號碼		
	出生年月日		聯絡電話		
	戶籍地址				
	居住地址				
	使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 台語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他	指定後送醫院		
申請資格	獨居老人	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否(與 <input type="checkbox"/> 配偶_____ <input type="checkbox"/> 子女_____ <input type="checkbox"/> 其他_____同住)			
	身份福利別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 其他			
	身障手冊	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(障別：_____程度：_____)			
緊急聯絡人		1.	2.	3.	4.
	姓名				
	關係				
	聯絡電話				
評估內容 / 家系圖	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 50px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 評估者 </div>				
申請結果	審核結果	<input type="checkbox"/> 符合裝機資格 <input type="checkbox"/> 不符裝機資格 原因： 轉介其他服務：			
	承辦人		單位主管		