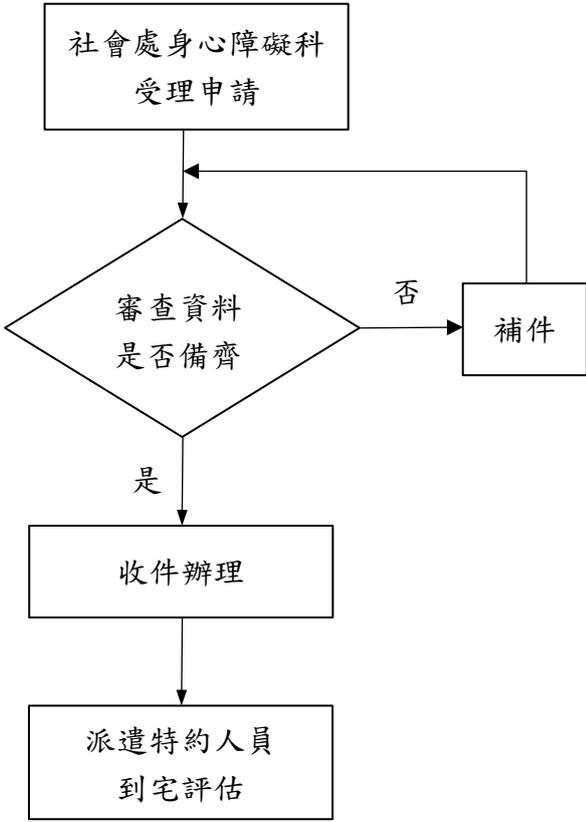


# 彰化縣身心障礙者醫療輔具到宅評估 申請說明

- 壹、目的：針對全癱無法自行下床、需24小時使用呼吸器或維生設備或長期重度昏迷，無法自行至身心障礙者醫療鑑定機構辦理評估者，協助辦理身心障礙者醫療輔具到宅評估作業。
- 貳、摘要：因全癱無法自行下床、需24小時使用呼吸器或維生設備或長期重度昏迷之身心障礙者，檢具申請書暨相關文件至社會處身心障礙福利科輔具補助承辦審核，審核後7日內函請特約醫師或呼吸治療師到宅評估服務。
- 參、受理窗口：社會處身心障礙福利科。
- 肆、相關法令及規定：
- 一、身心障礙者權益保障法第4條。
  - 二、身心障礙者醫療復健費用及醫療輔具補助辦法第6條及附表備註1。
- 伍、民眾應附文件、資料及份數：
- 一、身心障礙證明正、反面影本1份。
  - 二、三個月內診斷證明書1份，該診斷證明書內容須含全癱、需24小時使用呼吸器或維生設備、長期重度昏迷其中之一敘述。
  - 三、輔具需求者6個月內病歷資料1份，將供執行到宅評估之醫師參考。
  - 四、彰化縣身心障礙者醫療輔具到宅評估申請書。
- 陸、名詞解釋：
- 一、身心障礙者：指下列各款身體系統構造或功能，有損傷或不全導致顯著偏離或喪失，影響其活動與參與社會生活，經醫事、社會工作、特殊教育與職業輔導評量等相關專業人員組成之專業團隊鑑定及評估，領有身心障礙證明者：
    - (一)神經系統構造及精神、心智功能。
    - (二)眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛。
    - (三)涉及聲音與言語構造及其功能。
    - (四)循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能。
    - (五)消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能。
    - (六)泌尿與生殖系統相關構造及其功能。
    - (七)神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能。
    - (八)皮膚與相關構造及其功能。
  - 二、醫療復健費用：指尚未納入全民健康保險給付範圍，且符合「附表醫療復健費用及醫療輔具補助標準」所列之醫療復健費用。
  - 三、醫療輔具：指尚未納入全民健康保險給付範圍，經醫師診斷或經醫事人員評估為醫療復健所需，具有促進恢復身體系統構造、生理功能或避免併發症，且符合「附表醫療復健費用及醫療輔具補助標準」所列之醫療輔具。

## 彰化縣身心障礙者醫療輔具到宅評估申請流程圖

程序	作業流程	說明
申請及審查	 <pre> graph TD     A[社會處身心障礙科 受理申請] --&gt; B{審查資料 是否備齊}     B -- 否 --&gt; C[補件]     C --&gt; A     B -- 是 --&gt; D[收件辦理]     D --&gt; E[派遣特約人員 到宅評估]             </pre>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 符合申請資格者檢具申請文件資料至社會處身心障礙福利科輔具補助承辦申請。</li> <li>2. 審查確認資料備齊後收案。</li> <li>3. 資料審查後7日內依需求派遣特約醫師或相關治療師前往評估。</li> </ol>
申請資格	<ol style="list-style-type: none"> <li>一、設籍並居住於本縣。</li> <li>二、領有身心障礙證明者。</li> <li>三、符合以下其一者：                             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 全癱無法自行下床。</li> <li>2. 須 24 小時使用呼吸器或維生設備。</li> <li>3. 長期重度昏迷。</li> </ol> </li> </ol>	
申請文件	<ol style="list-style-type: none"> <li>一、身心障礙證明正、反面影本1份。</li> <li>二、三個月內診斷證明書1份，該診斷證明書內容須含全癱、需24小時使用呼吸器或維生設備、長期重度昏迷其中之一敘述。</li> <li>三、輔具使用者 6 個月內病歷資料1份(供執行到宅之評估人員參考)。</li> <li>四、彰化縣身心障礙者醫療輔具到宅評估申請書1份。</li> </ol>	

# 彰化縣身心障礙者醫療輔具到宅評估申請書

申請日期： / /

身心障礙者 (申請人) 姓名		申請人 身分證字號		出生日期	年 月 日
代理人姓名		代理人 身分證字號		與身心障礙 者關係	
連絡電話					
個案戶籍地址					
個案現居地址					
個案目前情況	<input type="checkbox"/> 全癱無法自行下床 <input type="checkbox"/> 須 24 小時使用呼吸器或維生設備 <input type="checkbox"/> 長期重度昏迷				
申請醫療輔具 到宅評估項目	<input type="checkbox"/> 電動拍痰器 <input type="checkbox"/> 抽痰機 <input type="checkbox"/> 化痰機(噴霧器) <input type="checkbox"/> 血氧偵測儀(血氧機) <input type="checkbox"/> 氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 咳嗽(痰)機(Cough Assist Machine) <input type="checkbox"/> 單相陽壓呼吸器(C-PAP) <input type="checkbox"/> 雙相陽壓呼吸器(Bi-PAP) <input type="checkbox"/> 壓力衣 <input type="checkbox"/> 矽膠片				
檢附資料	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明正、反面影本1份。 <input type="checkbox"/> 三個月內診斷證明書1份(內容須含全癱、需24小時使用呼吸器或維生設備、長期重度昏迷其中之一敘述。 <input type="checkbox"/> 輔具使用者 6 個月內病歷資料1份(供執行到宅之評估人員參考)。				
切結書	<p>申請人(受託人)確實填寫(提供)上述資料屬實無誤,如有不實,願負法律責任;涉及刑責者移送司法機關辦理,特立此證</p> <p>一、檢具所需證件無偽造或不實</p> <p>二、申請人(受託人)同意依據輔具評估結果按實際需求調整申請項目。</p> <p>三、若申請項目於到宅評估無法評估檢測判定醫療輔具需求時,個案應另行至醫療院所開立。</p> <p>申請人簽章: _____ 代理人簽章: _____</p>				
處置概況	<p>轉知輔具中心日期:</p> <p>派案評估日期:</p> <p>受派到宅人員:</p> <p>評估日期:</p> <p>轉送輔具補助申請日期:</p>				