**安寧照顧基金會 弱勢關懷補助申請表**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 基金會編號： |  | 申請日期： |  |
| 合約機構 | 申請項目 | □醫療補助(含居家交通費)□住院/居家看護費□急難救助□其他 | 本年度申請次數(本欄位由本會填寫) | 第\_\_\_\_\_年度，第\_\_\_\_\_\_次申請總金額： |
| 申請機構 |  | 部 門 |  |
| 填表/承辦人 |  | 聯絡電話 | ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_分機 |
| 傳真號碼 | ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 病人姓名 |  | 生日 | \_\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 |
| 病人身分證字號 |  | 性別 | □女 □男 |
| 通訊處 |  | 電話 |  |
| 病情說明 | 1. 診斷及治療***（請簡述病程及安寧療護處遇）：***
 |
| 二、接受安寧照護類型(可複選)：□安寧住院 □安寧共照 □安寧居家 □機構安寧主治醫師簽章：  |
| 評估處遇 | 一、家庭狀況：***(家系圖、經濟狀況)***(本表格若不敷使用，請自行印製) |
| 評估處遇 | 二、處遇內容及計畫(含需求評估)：(***如申請急難救助，請具體說明急難救助原因)*** |
| 三、其他***(除上述原因外，可再補充說明於此)***合約機構承辦人員簽章： (本表格若不敷使用，請自行列印) |
| **依申請補助項目，請勾選所附證明文件：** |
| □醫療費用收據 | □看護結業證明書 | □居家訪視交通費單據 | □其它： |
| □受款人與病人關係證明文件(如全戶戶籍謄本或戶口名簿影本) |  |
| 申請其他社會資源補助：(僅作為本會審核參酌，不影響申請本會補助)□有（含正申請中）1.本機構已補助金額： 元2.其他單位名稱： ，補助金額 元□無 |
| 本次申請補助金額： 元 (請附受款人存摺封面影本) |

**※以下由基金會填寫※**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 審核 |  | 日期 |  |

**安寧療護弱勢關懷補助 看護照顧費用單**

**附件**

茲證明 為合格照顧服務員，於 (機構名稱)提供病人 照顧服務之狀況如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **照護時間起迄** | **班別** | **班別單價** | **小計金額** |
| 自 年 月 日 時至 年 月 日 時 | □全(24小時)□日(12小時)□夜(12小時)□其他時數  |  |  |
| 自 年 月 日 時 至 年 月 日 時 | □全(24小時)□日(12小時)□夜(12小時)□其他時數  |  |  |
| (※以上資料請確實填寫月、日、時，以利審查作業) |
| 總計金額：新台幣 萬 仟 佰 拾元整 |
| 照/居服員簽名與蓋章： | 身分證字號： |
| 連絡電話： |
| 戶籍地址： |

經確認，上述照顧期間確為 年 月 日至 年 月 日

證明人： (請機構人員蓋職章)

【以上各項資料若有塗改，需於塗改處蓋押章】

照/居服員本人之身分證正、反面或居留證影本黏貼處【本資料僅提供申請補助使用，不作其他用途】

|  |  |
| --- | --- |
| 正面 | 反面 |