

健康概況	健 保 卡： <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 福保) <input type="checkbox"/> 無，說明：()
	身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 有，類別：_____ 等級：_____ <input type="checkbox"/> 無
生活自理	<input type="checkbox"/> 可，安養-日常生活能自理
	<input type="checkbox"/> 否，養護-請續填- <input type="checkbox"/> 鼻胃管、 <input type="checkbox"/> 尿管、 <input type="checkbox"/> 臥床、 <input type="checkbox"/> 輪椅、 <input type="checkbox"/> 助行器、 <input type="checkbox"/> 包尿布、 <input type="checkbox"/> 其他_____
	目前使用長照服務項目： <input type="checkbox"/> 居家服務、 <input type="checkbox"/> 日間照顧、 <input type="checkbox"/> 家庭托顧、 <input type="checkbox"/> 其他_____
	說明：

須備資料	1. 三個月內含詳細記事之全戶戶籍謄本 2. 國民身分證影本
為確認您符合入住本家基本條件，您同意本家向戶政單位查調民法第1115條應負扶養義務人戶籍資料及全國社會福利資源整合系統查詢福利身分。	
申請人簽名：_____ 代理人簽名/關係：_____	

轉介單位	單位名稱：	單位主管 (課長或督導)	轉介人 (承辦人或社工員)
	聯絡電話：		
	傳 真：		
	地 址：		
	轉介時間： 年 月 日		

臺中市立仁愛之家入家申請暨個案轉介回覆單	
經審查申請人提供資料：	
<input type="checkbox"/> 資料齊全，符合 <input type="checkbox"/> 安養 <input type="checkbox"/> 養護資格，列入候位	
<input type="checkbox"/> 資料不全，缺 <input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 國民身分證影本 <input type="checkbox"/> 其他	
<input type="checkbox"/> 資格不符，原因	
承辦人	單位主管

附註：
1. 除「緊急安置案」需由市政府社會局或家庭暴力及性侵害防治中心轉介外。「貧苦無依」個案入家之申請及轉介，請申請人或轉介單位填寫本表後郵寄至本家並來電確認(電話：2239 2074)，本家工作人員將依據本表進行訪查評估。為提高安置作業的處理效率，表中各欄位請詳實填寫。
2. 入住本家基本條件：年滿65歲、設籍本市之低收入戶、無直系血親卑親屬，無法定傳染病且符合本家安置自治條例之安置對象。