

一、【身心障礙者基本資料】

姓名		身分證字號	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
聯絡電話		手機	
居住地址			

二、【聯絡人相關資料】

姓名		出生日期	年 月 日
關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚(稱謂：) <input type="checkbox"/> 安置機構人員 <input type="checkbox"/> 服務提供單位(單位：) <input type="checkbox"/> 其他(請說明：)		
聯絡資訊	聯絡電話	聯絡手機	
<input type="checkbox"/> 同上			

三、【異議/申請項目】請申請人自行勾選

	服務項目
第一階段	<input type="checkbox"/> 身心障礙者專用停車位識別證 <input type="checkbox"/> 國內運輸工具必要陪伴者優惠 <input type="checkbox"/> 進入公民營風景區、康樂場所與文教設施必要陪伴者優惠 <input type="checkbox"/> 復康巴士
第二階段	<input type="checkbox"/> 身心障礙者個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 居家照顧(<input type="checkbox"/> 居家護理 <input type="checkbox"/> 居家復健 <input type="checkbox"/> 身體照顧及家務服務 <input type="checkbox"/> 送餐服務 <input type="checkbox"/> 友善服務) <input type="checkbox"/> 生活重建 <input type="checkbox"/> 心理重建 <input type="checkbox"/> 社區居住 <input type="checkbox"/> 婚姻及生育輔導 <input type="checkbox"/> 家庭托顧 <input type="checkbox"/> 日間照顧服務 <input type="checkbox"/> 社區日間作業設施服務 <input type="checkbox"/> 全日型住宿式照顧 <input type="checkbox"/> 夜間住宿式照顧 <input type="checkbox"/> 課後照顧 <input type="checkbox"/> 自立生活支持服務 <input type="checkbox"/> 行為輔導 <input type="checkbox"/> 情緒支持 <input type="checkbox"/> 輔具服務 <input type="checkbox"/> 身心障礙者家庭照顧者服務(請續就以下項目勾選) <input type="checkbox"/> 臨時及短期照顧 <input type="checkbox"/> 照顧者支持 <input type="checkbox"/> 照顧者訓練及研習 <input type="checkbox"/> 家庭關懷訪視及服務

四、需求評估(結果異議)申請理由

申請理由：

以上各項身心障礙者補助與福利服務皆須經過評估及相關資格標準之審查，方可獲得。

申請人(代理人)簽章： _____ 填表日期： 年 月 日

五、代理申請授權書

委託人(即申請人)： _____ 【簽章】 已瞭解申請身心障礙需求評估異議相關事宜，委託(授權)受委託人(身分證統一編號： _____)： _____ 【簽章】代為申請，如有糾紛，概由雙方自行解決；如有虛報不實經查獲者，雙方願負相關法律責任。

六、辦理情形

公所/單位傳真時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 時

派案時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日

訪視時間： _____ 年 _____ 月 _____ 日

宜蘭縣長期照護服務管理所

聯絡電話：

03-9359990 # 3109 (第一階段：停車位識別證、兩項必要陪伴者優惠)

03-9359990 # 3116 (第二階段：個人照顧服務、家庭照顧者服務)

傳真：03-9314899(正反面均需傳真)

109/10/05 版