

TO：_____

新北市政府長期照顧管理中心服務單位照會暨回覆單

照會單位：_____ 照會時間：_____年____月____日

個案姓名：_____ 鄉鎮市：_____ 個案編號：_____

照 會 項 目	原 因 / 內 容
☐ 服務單位接獲派案之回覆 核定補助：_____（時/月） 喘息服務：_____	☐ 1.依 貴單位照會提供服務： ▪第一次服務時間：自____年____月____日____時____分—____時____分；服務員：_____ ▪實際服務頻率：_____ ▪服務內容：_____ ☐ 2.依覆評結果，持續提供服務：_____ ☐ 3.無法提供服務，原因：_____
☐ 重新評估	☐ 1.個案身體狀況改變。_____ ☐ 2.其他：_____
☐ 建議服務變更項目 ☐ 頻率_____ ☐ 內容_____	☐ 1.個案身體狀況改變。_____ ☐ 2.個案/案家主動要求變更。_____ ☐ 3. 其他：_____
☐ 暫停/恢復服務 於____年____月____日起	☐ 1.個案住院/出院 ☐ 2.個案暫時離家/已返家居住 ☐ 3.其他：_____
☐ 結案	☐ 1.個案死亡 ☐ 2.個案遷出新北市 ☐ 3.依計畫完成服務之提供 ☐ 4.不符合服務提供資格 ☐ 5.其他：_____
☐ 其他	說明：_____
個案狀況描述：_____ _____ _____	

通報人：_____，請於照會原因____天內回覆，主管核章：_____

回覆處理結果	☐ 1.依照會內容同意服務提供 ☐ 2.依照會內容及原因重新評估 ☐ 3.依照會內容及原因同意服務變更 ☐ 4.建議更改服務計畫為：_____ ☐ 5.無法提供服務，原因說明：_____ ☐ 6.同意結案 ☐ 7.其他：_____
建議/計劃	_____ _____ _____

回覆時間：_____年____月____日 回覆單位/處理人：_____ 主管：_____