

臺中市政府社會局低收入戶孤苦無依老人公費安置申請表

姓 名			性 別	男 ☐ 女 ☐	出 生	年 月 日	前 國 年 月 日	足 齡	歲	福利身份	☐ 低收入戶
出生地	____省/市 ____縣/市		身分證字號								效期：
直系卑親屬人數調查	☐ 經查申請人無任何直系卑親屬。		直系卑親屬住址及聯絡電話		聯絡住址： 聯絡電話：()						
	☐ 經查申請人計有直系卑親屬計____名列如下：				☐ 列冊低收入戶。						
	姓 名	稱 謂	直系卑親屬無扶養能力說明 *請參照社會救助法施行細則第五條		☐ 罹患嚴重傷、病，必須三個月以上之治療或療養至不能工作。						
					☐ 因照顧特定身心障礙或罹患特定病症且不能自理生活之共同生活或受扶養親屬，至不能工作。						
					☐ 身心障礙至不能工作。						
					☐ 依就業保險法第二十五條規定辦理失業認定或依同法第二十九條、第三十條規定辦理失業再認定，並取得失業認定證明。						
					☐ 其他事由_____						
					※ 檢附證明文件名稱_____						
戶籍地址	縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓										
通訊地址	☐ 同戶籍地址 縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓										
緊急聯絡人	姓 名		關 係		電 話	()-					
	地 址	縣市 鄉鎮市區 路街 段 巷 弄 號 樓									
案主婚姻狀況	☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 離婚 ☐ 鰥/寡 ☐ 其他，_____										
案主健康概況	健保卡： ☐ 有 (☐ 一般 ☐ 福保) ☐ 無 (請說明) _____ 身心障礙手冊： ☐ 有，類別：_____等級：_____ ☐ 無 其他摘述：										
基本資格	是否設籍本市： ☐ 是 ☐ 否 是否有生活自理能力： ☐ 是 ☐ 否				擬安置機構名稱		☐ 臺中市立仁愛之家 ☐ 衛生福利部中區老人之家 ☐ 其他私立機構：_____				
照顧類別	☐ 安養：身心健康行動正常而乏人照料的老人。 ☐ 養護：未達中度失能之低收孤苦無依老人。				是否罹患右列疾病		☐ 否 ☐ 肺結核 ☐ B或C型肝炎 ☐ 梅毒或AIDS				
申請人或法定代理人簽章	簽章		申請機關	區公所		課長	核章		區長	核章	
申請時間	年 月 日		承辦人	核章							

◎ 請檢具下列表件提出申請：申請人最近 **3個月內全戶戶籍謄本**、**申請年度低收入戶證明書**(若申請時有跨年度之情形請同時檢附**下年度低收入戶證明書**)、衛生署評鑑合格醫院最近三個月內開立之**體格檢查表**(需含肺部X光、B型肝炎、C型肝炎、梅毒血清、AIDS、法定傳病等檢驗項目)。**體檢表請依欲入住機構格式提供。**

◎ 限制:未聘僱看護、未接受其他機構收容安置、未領有政府提供之其他照顧費用、生活補助或津貼。**未符合本市其他低收入戶安置或身心障礙者托養養護補助資格。**