

※粗框處由初審人填寫，填表人免填

臺北市政府社會局全日住宿式機構(陽明教養院)入住申請表

申請編號		初審日期	年 月 日
------	--	------	-------

一、填表人聯絡方式

填表人		與申請人 關係	
連絡電話	手機：	住家：	公司：
連絡地址			

二、申請人基本資料

姓名		性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證字號	
出生日期	年 月 日			
障礙類別 /ICF			障礙等級	
使用管路 狀況	<input type="checkbox"/> 有管路： <input type="checkbox"/> 鼻胃管 <input type="checkbox"/> 氣切管 <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 無管路			
戶籍地址	市 區 路 段 巷 弄 號 樓			
通訊地址	市 區 路 段 巷 弄 號 樓			
連絡電話：	(家)	；(公)	；(手機)	
目前 使用 資源 (可複選)	<input type="checkbox"/> 日間照顧機構，名稱：			
	<input type="checkbox"/> 夜間型住宿機構，名稱：			
	<input type="checkbox"/> 全日型住宿機構，名稱：			
	<input type="checkbox"/> 住在家裡			
	<input type="checkbox"/> 其他(請註明)			
福利別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般市民			
家庭 成員	<input type="checkbox"/> 父：____歲			
	<input type="checkbox"/> 母：____歲			
	<input type="checkbox"/> 兄弟姐妹：____人 <input type="checkbox"/> 子女：____人			

	有無同住家人 <input type="checkbox"/> 有：_____
	<input type="checkbox"/> 無

三、聯絡人基本資料：同填表人，以下欄位免填

聯絡人		與申請人 關係	
連絡電話	手機：	住家：	公司：
連絡地址			

四、應附證件：

臺北市身心障礙需求評估報告或公文（未能及時檢附者，應於入住機構前補正）。

五、聲明事項：

- （一）本人聲明以上所填資料屬實無誤，如有虛假，自動放棄申請資格。
- （二）本人同意臺北市政府社會局得查調申請人的戶籍資料、身心障礙證明及財稅資料相關資訊。
- （三）本人願意提供申請人完整健康資料及相關照護資訊，並接受入住評估安排，以利審核申請。
- （四）本人同意上述資料提供給臺北市政府社會局公務上之使用。

填表人簽名：_____ 日期：_____