**入住申請表**

申請日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 個案姓名 |  | 性別 | □男 □女 | 出生日期 |  年 月 日 |
| 戶籍地址 |  |
| 通訊地址 | □同戶籍 |
| 申請人 |  | 關係 |  | 連絡電話 |  |
| 連絡人 |  | 關係 |  | 連絡電話 |  |
| 障礙類別 | □第一類 □第二類 □第三類 □第四類□第五類 □第六類 □第七類 □第八類 | 障礙程度 | □極重度 □重度 □中度 □輕度 |
| 身分別 | □一般戶 □中低收入戶 □低收入戶 | 個案來源 | □案家申請 □轉介 |
| 個案現況 | 生活自理□可自理 □部分協助 □完全協助認知能力□能理解他人意思 □部分理解 □無法理解口語能力□有 □仿說 □單音節 □無行動能力□自行行走 □使用輔具 □臥床有無管路□無 □鼻胃管 □氣切管 □導尿管 □洗腎特殊情況(疾病、行為等)：  |
| 照顧現況 | □在家照顧，主責照顧者：□家屬 □外籍 □獨居 □其他□機構日托 □住宿，機構名稱：  |
| 身心障礙證明正面影本 | 身心障礙證明反面影本 |
| 以下由機構人員填寫 |
| 初審結果 | □資格不符 | □年齡 □障別 □戶籍 |
| □資格符合 | 建議宿舍：□生活 、□長青 、□養護 安排初訪: 年 月 日 |
| 現況追蹤 |  |
|  |
|  |
| 追蹤結案 | 日期： 年 月 日，原因： |

機構地址：266004宜蘭縣三星鄉五分路二段60號 傳真：03-9553607

電話：03-9575254轉社工組分機 1111、1113、1114、1128、1219

E-Mail：dep170@eden.org.tw