**財團法人雙福社會福利慈善事業基金會-新竹服務中心陪同就醫申請單**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請單位 |  | 聯絡人及電話 |  | 申請日期 |  |
| 通報資料 | 案主姓名 |  | 性別 | □男□女 | 出生日期 |  | 身分證字號 |  |
| 聯絡電話 |  | 居住地址 |  |
| 慣用語言 | □國語　□台語　□客語 □英語 □原住民族語\_\_\_\_\_\_ □其他\_\_\_\_\_\_\_ |
| 案主身分 | □榮民　□榮眷　□遺眷　□原住民(\_\_\_\_\_\_族) □身心障礙者：＿類＿度　□新住民(國家\_\_\_\_\_\_\_\_\_) □無　　□其他：　　　　　　 |
| 疾病情形 | □高血壓 □心臟病 □糖尿病 □眼部疾病\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □腎臟疾病□肺部疾病 □腸胃疾病 □骨與關節疾病□肝臟疾病 □精神疾病□癌症\_\_\_\_\_\_\_ □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 活動狀況 | □尚能自行活動　□需倚靠輔具活動(□單拐□助行器□輪椅)　□臥床　□其他：　　　　　　　　　　 |
| 居住情形 | □獨居(□同住者均缺乏生活自理或照顧能力　□同住者無照顧義務)□非獨居　 |
| 經濟條件 | □一般戶□低收入戶　□中低收入戶　□中低收入老人生活津貼1.5倍□中低收入老人生活津貼2.5倍 □身障生活補助 □其他：　　 |
| 其他條件 | □IADL失能者　□一個月內須就醫或診斷檢查□其他資源(經濟或照護資源)無法及時介入協助者 |
| 就診資訊 | 日期：　　　　　　　時間：醫院：　　　　　　　科別：□尚未確定 |
| 案主主要訴求 | 案主疾病及訴求摘要： |
| 以下資料由雙福基金會填寫 |
| 受理日期：　　　年　　　月　　　日 |
| 處理情形 | 符合 □自費對象 □補助對象之情形□符合陪同就醫服務對象，開案提供服務。□不符合陪同就醫服務對象，不予以開案服務。□已轉介其他單位（單位名稱：　　　　　　　　　　　　　　　）□其他： 承辦人：　　　　　　主管： |
| 完成日期：　　　年　　　月　　　日 |

**請申請單位詳細填寫後，掃描或拍照寄至財團法人雙福社會福利慈善事業基金會-新竹服務中心，並以電話確認是否完成受理。中心電話(03)551-0823，行動電話：0928-711-371 信箱：dbhs0928711371@gmail.com。**