**財團法人雙福社會福利慈善事業基金會**

113.12.24修

**暖心早餐服務申請單**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | | |
| 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  □其他： | | | | | | | | | | | | |
| 案主  身分 | □榮民　 □榮眷　□遺眷　□原住民　□身心障礙者：＿類＿度  □新住民 □其他： | | | | | | | | | | | | |
| 健康  情形 | □尚佳　□較差但生活可自理　□生活無法自理，需他人協助　□臥床  □其他： | | | | | | | | | | | | |
| 居住  情形 | □65歲以上長者一人居住（□無子女或□子女住本市或□子女住外縣市）  □65歲以上夫妻兩人同住（□無子女或□子女住本市或□子女住外縣市）  □同住者無照顧能力或義務  □其他： | | | | | | | | | | | | |
| 店家  資訊 | 案家附近是否有早餐店家？　□是　□否  □案主有習慣去的早餐店家，店名：  □案主無習慣去的早餐店家 | | | | | | | | | | | | |
| 其他條件 | □未通過長照等級評估，因特殊情形急需餐飲服務  □獨居無法自行炊食 | | | | | | | | | | | | |
| 案主主要需求 | 案主問題及需求摘要：（除案主概況外，請說明需要暖心早餐原因） | | | | | | | | | | | | |
| 以下資料由受理單位填寫 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受理日期：　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 處  理  情  形 | □開案服務  □不屬於本會服務對象，提供相關資源協助  □已轉介其他機構單位（機構名稱：　　　　　　　　　　　　　　　）  □其他：  承辦人：　　　　　　主管： | | | | | | | | | | | | | |
| 完成日期：　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |

**請通報單位詳細填寫後，掃描或拍照寄至：財團法人雙福社會福利慈善事業基金會，電話(03)455-8285，傳真：03-4558209，信箱：**[**dbtyse2020@gmail.com**](mailto:dbtyse2020@gmail.com)**。**

**※獨居老人之認定標準為：**

年滿65歲以上，實際居住本市且非居住於機構，並符合以下獨居老人定義之一者：

1.獨自居住。

2.雖有同住者，但其同住者符合下列狀況，列入獨居：

(1)同住家屬均缺乏生活自理或照顧能力。：

(2)與子女同戶籍，但其未經常同住（一周連續達3天以上獨居之事實）

(3)同住者無照顧義務。