

臺南市身心障礙者及獨居老人在宅緊急救援連線服務計畫

一、目的：

- (一)為強化本市身心障礙者及獨居老人社區照護網，減少在家面臨突發疾病及意外狀況而無人可提供救援之發生，能於第一時間通報而獲得立即之適時救援。
- (二)二十四小時之緊急救援通報支持網路，深入了解在宅身心障礙者及獨居老人生活起居與健康情形，建立全天候監測求救訊息，並視服務對象之需要，立即進行救護聯繫。

二、主辦單位：臺南市政府社會局（以下簡稱本局）

三、服務對象：

- (一)未滿 65 歲，設籍且實際居住本市，並領有身心障礙證明或身心障礙手冊，且障礙類別不包括智能障礙、精神障礙、自閉症、失智症或第 1 類，並且未接受全日型住宿式機構照顧服務，經本局評估符合下列規定者：
 - 1.單獨居住或同住家屬無照顧能力者。
 - 2.因生活自理能力不足需使用緊急救援系統者。
- (二)設籍並實際居住於本市年滿 55 歲之原住民或年滿 60 歲之一般市民，並具有下列各項條件之一者：
 - 1.獨居長者。
 - 2.與子女同戶籍，但子女未經常性同住者(連續達 5 天以上獨居事實)。
 - 3.與子女同住，但子女缺乏生活自理能力者。
 - 4.一戶 2 人以上老人，其中 1 人缺乏生活自理能力者。

四、補助標準：

- (一)未滿 65 歲之列冊低收入戶、中低收入戶或領有身心障礙者生活補助之身心障礙者，由本局全額補助。
- (二)年滿 65 歲列冊低、中低收入戶、領有中低老人生活津貼及 65 歲以上領有身心障礙者生活補助之獨居老人，由本局全額補助。
- (三)年滿 55 歲之原住民且為列冊低、中低收入戶及 55 歲以上領有身心障礙者生活補助之原住民，由本局全額補助。

- (四) 一般戶之身心障礙者及年滿 60 歲之一般獨居民眾及年滿 55 歲之一般獨居原住民，其系統連線服務費用自費負擔。

五、申請程序：

- (一) 檢具下列文件至戶籍所在地區公所申辦：

1. 身心障礙者檢附身分證、身心障礙證明或手冊正、反面影本各 1 份。
2. 最近 3 個月內全戶戶籍謄本 1 份或戶口名簿影本。
3. 各福利身分別補助之證明文件(一般自費者免附)。
4. 聯絡人身分證正、反面影本 1 份。
5. 申請表(至戶籍所在地區公所領取或進入本局網站下載)。

- (二) 由本局評估核定後，交由受託單位提供服務。

六、預期效益：提供本市身心障礙者及獨居長者 24 小時緊急救護通報系統服務，使身心障礙者及獨居長者享有溫馨、安全之居家生活。

七、經費來源：由本府編列預算支應。

八、本計畫奉核定後實施，如有未盡事宜，得隨時修訂之。

臺南市身心障礙者申請裝設「在宅緊急救援連線服務」資料表

申請日期：____年____月____日

申請人簽章：_____

身心障礙者姓名		出生年月日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		裝設電話		手機	
身分別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助 <input type="checkbox"/> 一般戶				
戶籍地址	臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄____號____樓之				
裝設地址	<input type="checkbox"/> 同上 臺南市____區____里____鄰____路(街)____段____巷____弄____號____樓之				
障礙類別及程度	障別：____障（非為智能、精障、自閉症、失智症或第1類證明障別） 程度： <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度				
病況	<input type="checkbox"/> 心臟血管疾病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓/中風史 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 有導致昏迷之疾病：____ <input type="checkbox"/> 其他：____				
身體功能評估	<input type="checkbox"/> 臥床 <input type="checkbox"/> 行動不便常跌倒 <input type="checkbox"/> 其他：____				
居住狀況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 有同住家人，關係為：____				
就醫史	醫院：____科別：____主治醫師：____				

緊急聯絡人

緊急聯絡人#1	緊急聯絡人#2
姓名：	姓名：
關係：	關係：
地址：	地址：
家中電話：	家中電話：
工作電話：	工作電話：
行動電話：	行動電話：

區公所初審	檢附文件： <input type="checkbox"/> 身心障礙者身分證及身心障礙證明或手冊正、反面影本各 1 份。 <input type="checkbox"/> 最近 3 個月內全戶戶籍謄本或戶口名簿影本 1 份。 <input type="checkbox"/> 低收入戶、中低收入戶或身心障礙者生活補助之證明文件。 <input type="checkbox"/> 聯絡人身分證正、反面影本各 1 份。				
	1. 申請對象審查(須同時符合以下資格) <input type="checkbox"/> 設籍本市未滿 65 歲領有證明或手冊之身心障礙者(障別非為智障、精障、自閉症、失智症或第 1 類證明)。 <input type="checkbox"/> 未接受全日型住宿式機構照顧服務。				
	2. 補助資格審查 <input type="checkbox"/> 為本市列冊低收入戶、中低收入戶或身心障礙者生活補助者。 <input type="checkbox"/> 符合一般戶自費申請，且同意自費負擔。				
承辦人		課長		區長	
社會局 複審					
<input type="checkbox"/> 符合/原因：				承辦人	
<input type="checkbox"/> 不符合/原因：				科 長	

中華民國 108 年 12 月 19 日

南議民政字第 1080012239 號

臺南市議會第3屆第2次定期會議員提案			
類 別	編 號	提 案 人	連 署 人
民政	23	Ingay Tali 穎艾達利	林易瑩、陳碧玉、郭鴻儀
案 由	建請臺南市政府社會局修正其網頁「身心障礙者福利：福利服務」之「臺南市政府社會局身心障礙者長期照顧日間照顧服務」附件「長照服務申請書」內容。		
說 明	經查「身心障礙者福利：福利服務」之「臺南市政府社會局身心障礙者長期照顧日間照顧服務」附件「長照服務申請書」內容有第一項「需要服務者基本資料」第5點「是否為山地原住民」，然詢問臺南市政府社會局長照服務並未有所不同，且目前著其照顧管理中心所提供之線上表單、紙本申請書檔案皆僅詢問「是否為原住民」，故建請臺南市政府社會局儘速修正網站所提供之附件，以免造成市民混淆。		
辦 法	如案由及說明。		
審 查 意 見	照案通過。		
大 會 決 議	照審查意見通過。		

臺南市長期照顧服務申請書

一、需要服務者基本資料

申請日期： 年 月 日

*1. 姓 名：_____ *2. 出生日期：民國(1. 前 2. 國)____年____月____日

*3. 國民身分證統一編號：_____ *4. 電 話：_____

5. 是否為山地原住民：☐0. 否 ☐1. 是 *6. 性 別：☐ (1)男 ☐ (2)女*7. 目前之居住狀況：☐ (1)獨居 ☐ (2)固定與他人同住 ☐ (3)輪流與他人同住 ☐ (4)其他_____*8. 通訊地址：_____縣／市_____市／鄉／鎮_____區_____村／里_____鄰
_____路／街_____段_____巷_____弄_____號_____樓9. 戶籍地址：☐同上_____縣／市_____市／鄉／鎮_____區_____村／里_____鄰
_____路／街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

10. 常用語言：_____

11. 目前是否領有身心障礙者手冊：☐ (1)否 ☐ (2)是，障別：_____障礙程度：☐ (1)極重度 ☐ (2)重度 ☐ (3)中度 ☐ (4)輕度12. 社會福利身分別：☐ (1)一般戶老人 ☐ (2)中低收入老人 ☐ (3)低收入戶老人☐ (4)一般戶身心障礙者 ☐ (5)中低收入身心障礙者☐ (6)低收入戶身心障礙者 ☐ (7)其他_____13. 目前是否領有政府提供之其它照顧補助費用：☐ (1)否 ☐ (2)是_____14. 目前是否就業中：☐ (1)是 ☐ (2)否→ ☐ 有就業意願 ☐ 無就業意願15. 目前是否住在機構：☐ (1)否 ☐ (2)是，_____

16. 目前是否在最近三個月內有住院（含急診經驗）：

☐ (1)否 ☐ (2)是，住院原因：_____

17. 目前是否聘請看護幫忙照顧：

☐ (1)否 ☐ (2)是 (☐ 17a.本籍 ☐ 17b.外籍) ☐ (3)申請中(☐ 17c.本籍 ☐ 17d.外籍)18. 是否罹患疾病：☐ (1)否 ☐ (2)是，疾病名稱：_____

19. 欲申請服務種類：

- ☐ 1. 居家服務 ☐ 2. 日間照顧 ☐ 3. 家庭托顧 ☐ 4. 社區式照顧服務
- ☐ 5. 專業服務 ☐ 6. 交通接送服務 ☐ 7. 輔具及居家無障礙改善服務
- ☐ 8. 喘息服務 ☐ 9. 營養餐飲服務 ☐ 10. 機構服務
- ☐ 11. 其他_____

***二、代理人基本資料**

- 1.姓 名：_____ 2.國民身分證統一編號：_____
- 3.電 話：(H) _____ (O) _____ 手機 _____
- 4.與需要服務者的關係或身分：_____
- 5.通訊地址：_____縣／市_____市／鄉／鎮_____區_____村／里_____鄰
 _____路／街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

***三、主要聯絡人資料**

- 1.姓 名：_____
- 2.電 話：(H) _____ (O) _____ 手機 _____
- 3.與需要服務者的關係或身分：_____
- 4.通訊地址：_____縣／市_____市／鄉／鎮_____區_____村／里_____鄰
 _____路／街_____段_____巷_____弄_____號_____樓

***四、提供個人資料同意書（請擇一勾選）**

- ☐為配合「我國長照照顧十年計畫」，本人同意使用長期照顧服務期間提供個人資料，由臺南市政府照顧服務管理中心自行或委託民間單位，進行長期照顧使用滿意度調查、需求調查等相關成效研究。
- ☐本人不同意前述相關事項

◎最後煩請您再詳細檢視上述所填之資料是否完全屬實；如經查證以詐欺或其他不正當行為或虛偽之證明申請補助費用者，應負一切法律責任，並返還已支付之服務補助經費。

申請人（或代理人）簽名：_____

是否符合收案條件：☐ 1. 符合
☐ 2. 不符合，原因：_____
☐ 3. 其他

受理申請單位：

電話：

備註：

承辦人：

傳真：

中華民國 108 年 12 月 19 日

南議民政字第 1080012242 號

臺南市議會第 3 屆第 2 次定期會議員提案			
類 別	編 號	提 案 人	連 署 人
民政	24	沈震東	林易瑩、沈家鳳、蔡筱薇、鄭佳欣
案 由	建請社會局結合市場處加速推動惜食平台，編列預算補助惜食平台冰箱電費。		
說 明	<p>一、惜食平台結合市場與關懷據點，不僅推廣愛惜食物，也讓更多關懷據點能夠節省開銷，將多餘經費投入其他地方關懷長者。惟推動時需市場提供地點與長期使用之電費，實屬困難。</p> <p>二、因此，建請社會局編列預算補助惜食平台冰箱電費，幫助市場與關懷據點，一舉兩得。</p>		
辦 法	如案由。		
審 查 意 見	照案通過。		
大 會 決 議	照審查意見通過。		

中華民國 108 年 12 月 19 日
南議民政字第 1080012243 號

臺南市議會第 3 屆第 2 次定期會議員提案			
類 別	編 號	提 案 人	連 署 人
民政	25	沈震東、沈家鳳、鄭佳欣	林易瑩、蔡筱薇
案 由	建請臺南市居家托育服務中心開設保母每年複訓 18 小時之課程能更多元。		
說 明	<p>一、建請社會局居家托育服務中心開設保母每年複訓 18 小時之課程，能有更多的課程內容及講師做選擇。</p> <p>二、18 小時複訓目的為了讓保母可以與時俱進，跟上時代的腳步，若各中心能聘請更多位不同的講師，就算是同一個主題也能有不同的角度與重點，將有助於保母對九大主題的認識與更新。</p>		
辦 法	如案由。		
審 查 意 見	照案通過。		
大 會 決 議	照審查意見通過。		

中華民國 108 年 12 月 20 日

南議民政字第 1080012246 號

臺南市議會第 3 屆第 2 次定期會議員提案			
類 別	編 號	提 案 人	連 署 人
民政	26	呂維胤	沈震東、郭鴻儀、蔡旺詮、 Ingay Tali 穎艾達利
案 由	市府應通盤檢討現有之無障礙空間。		
說 明	市府進行任何建設時，應考量所有障別來規劃建設，保障全體市民的權利。		
辦 法	如案由。		
審 查 意 見	函送市府研辦。		
大 會 決 議	照審查意見通過。		