

附件一

雲林智慧守護網(獨居或失智長者智慧防護網絡服務計畫)申請書

115.1.16.府社老二字第 1152608285 號版

申請人姓名		身分證字號		出生年月日	
戶籍地址	雲林縣	市/鎮/鄉	里/村	鄰	路/街
	段	號			
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同戶籍地址 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
經濟狀況	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶/中低收入老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 其他_____				
緊急聯絡人	姓名：_____電話：_____手機：_____與申請者關係：_____				
	姓名：_____電話：_____手機：_____與申請者關係：_____				
申請人特徵 (請簡述)					
同住家屬 天倫方案	<input type="checkbox"/> 申請，姓名：_____，與申請者關係：_____				
	<input type="checkbox"/> 不申請				
申請資格 及應備文件	<input type="checkbox"/> 身心障礙證明(正面及反面影本) <input type="checkbox"/> 全民健保特約醫院醫院神經或精神專科醫師診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 警察局受(處)理失蹤人口案件登記證明正本 <input type="checkbox"/> 雲林縣鄉鎮市公所、雲林縣衛生局、警察局或臺大醫院雲林分院等機關(單位)轉介 <input type="checkbox"/> 其他：_____				
轉介原因 (由轉介單位填寫)	<input type="checkbox"/> 各鄉鎮市公所列冊獨居老人(列冊日期：_____年_____月_____日) <input type="checkbox"/> 近期有多次迷路走失，但因短時間內尋獲，而未有報案紀錄 <input type="checkbox"/> 明顯記憶力減退、思考障礙等疑似失智症之症狀，但尚在等待醫師診斷 (就診醫院：_____) <input type="checkbox"/> 其他(請敘明)：_____				

申請人/受委託人簽名或蓋章：_____

轉介單位：_____轉介人員簽章：_____

(無則免填)

----- (以下由服務單位填寫) -----

雲林智慧守護網(獨居或失智長者智慧防護網絡服務計畫)服務結果

核定編號：_____

服務結果	
非定位設備	智慧定位設備
<input type="checkbox"/> 鐵片式手環 (編號：_____)	<input type="checkbox"/> 天倫 D+御守錶 2.0
<input type="checkbox"/> 防走失配件包(編號：_____)	<input type="checkbox"/> 不申請
<input type="checkbox"/> 不申請	設備編號：_____