

臺北市政府社會局委託財團法人天主教白永恩神父社會福利基金會經營管理稻香身障社區長照機構(日間照顧)

收托簡章

一、服務對象:

1. 實際居住台北市，年滿 18 歲以上至 64 歲以下之身心障礙者(領有身心障礙證明)。

2. 經臺北市長期照顧管理中心評估符合 CMS 等級第 2 級至第 8 級。

二、服務時間:

服務時段/星期	星期一至星期五
時間	08:30~17:30

三、服務地點:臺北市北投區稻香路 81 號 3 樓之 1(A 棟-圖書館電梯)

四、收費標準:當月費用以照顧類型、實際服務天數及福利身分計算。

支付制度		單月補助 天數上限	服務對象自付日額(元)		
			自費 低收入戶	補助 95% 中低收入戶	補助 84% 一般戶
CMS 等級	單日收費				
第 2 級	675	14 天	0	33	108
第 3 級	840	18 天		42	134
第 4 級	920	20 天		46	147
第 5 級	1045	23 天		52	167
第 6 級	1130			56	180
第 7 級	1210			60	193
第 8 級	1285			64	205



五、服務內容：

- (一). 身體及生活照顧服務。
- (二). 協助及促進自我照顧能力。
- (三). 辦理預防及延緩失能程度惡化之各項活動。
- (四). 輔具衛教及操作指導。
- (五). 提供維護服務對象及其家庭照顧者各項權益措施、個案照顧管理及健康福利諮詢。
- (六). 依個案或家屬需求提供或連結交通接送服務。

六、交通資訊：

- (一). 捷運：捷運復興崗站 1 號出口，步行約 8-10 分鐘
- (二). 公車：
 1. 大臺北公車【223】、【631】、【小 6】、【小 7】、【小 14】、【小 21】、【小 26】
 2. 台灣好行【小 9】



七、諮詢方式：

- (一). 電話：02-2898-8308
- (二). 傳真：02-2898-8206
- (三). E-mail: beitou-daoxiang@beunen.org.tw

臺北市政府社會局委託財團法人天主教白永恩神父社會福利基金會經營管理稻香身障社區長照機構(日間照顧)

【收托登記表】

113.05.07 編制

基本資料

個案姓名			出生日期	年 月 日 (年齡:)	
居住地址					
聯絡人	姓名		聯絡方式	手機	
	關係			室話	()
主要照顧者	姓名	<input type="checkbox"/> 同上	聯絡方式	手機	<input type="checkbox"/> 同上
	關係	<input type="checkbox"/> 同上		室話	() <input type="checkbox"/> 同上
長照等級	失能等級(CMS): _____ <input type="checkbox"/> 尚未取得評估等級。 個管單位名稱: _____				
福利身分	<input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 身障照顧津貼 <input type="checkbox"/> 身障生活輔助				
常用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
其他身分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 華僑 <input type="checkbox"/> 其他 _____		參觀日期	預約參觀日期: <input type="checkbox"/> 無預約 _____年____月____日 時間: _____	
如何得知單位訊息	<input type="checkbox"/> 個管 <input type="checkbox"/> 網路 <input type="checkbox"/> 機構 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 其他 _____			實際參觀日期: _____年____月____日 時間: _____ 參觀人數: 接待人員:	
身障手冊	1. 第__類, 障別: _____, 程度: _____ (到期日 ____ / ____ / ____) 2. 第__類, 障別: _____, 程度: _____ (到期日 ____ / ____ / ____)				

	3. 第__類,障別:_____,程度:_____ (到期日 ____ / ____ / ____) 4. 其他說明:_____
--	--

身 體 及 生 活 概 況

疾 病 史	<input type="checkbox"/> 心智障礙 <input type="checkbox"/> 腦性麻痺 <input type="checkbox"/> 肢體障礙_____ <input type="checkbox"/> 其他:_____ <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 癲癇 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 多重障礙:_____
情 緒	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 情緒不穩 <input type="checkbox"/> 焦慮 <input type="checkbox"/> 憂鬱症 <input type="checkbox"/> 躁鬱症 <input type="checkbox"/> 躁症 <input type="checkbox"/> 強迫症 <input type="checkbox"/> 其他_____
飲 食	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 碎食 <input type="checkbox"/> 素食 <input type="checkbox"/> 其他需求:_____
如 廁	<input type="checkbox"/> 自行如廁 <input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助 <input type="checkbox"/> 復健褲 <input type="checkbox"/> 其他需求:_____
移 位	<input type="checkbox"/> 自行移位 <input type="checkbox"/> 部份協助 <input type="checkbox"/> 完全協助 <input type="checkbox"/> 其他需求:_____
輔 具	<input type="checkbox"/> 無使用 <input type="checkbox"/> 使用輔具名稱:_____