

# 彰化縣政府身心障礙者福利服務新增需求評估項目申請表

編號：

申請日期： 年 月 日

申請人姓名 (身心障礙者)		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
身分證字號		出生日期	年 月 日
障礙類別		等級	
戶籍地址	527彰化縣大城鄉_____村_____鄰_____路/街____段____巷 _____弄____號____樓		
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> _____縣/市_____鄉/鎮/市/區_____村/里_____鄰 _____路/街_____段____巷____弄____號____樓		
聯絡人		聯絡電話 聯絡手機	(H) _____ (0) _____
委託代辦人 (簽章)		關係	<input type="checkbox"/> 父子/女 <input type="checkbox"/> 母子/女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 親戚(稱謂: _____) <input type="checkbox"/> 其他:
申請項目 (請勾選)	<b>個人照顧服務</b>		<b>家庭照顧者服務</b>
	<input type="checkbox"/> 1. 生活重建 <input type="checkbox"/> 2. 心理重建 <input type="checkbox"/> 3. 社區居住 <input type="checkbox"/> 4. 婚姻及生育輔導 <input type="checkbox"/> 5. 日間照顧服務 <input type="checkbox"/> 6. 社區日間作業設施服務 <input type="checkbox"/> 7. 住宿式照顧服務 <input type="checkbox"/> 8. 家庭托顧 <input type="checkbox"/> 9. 課後照顧 <input type="checkbox"/> 10. 自立生活支持服務 <input type="checkbox"/> 11. 情緒支持 <input type="checkbox"/> 12. 行為輔導		<input type="checkbox"/> 1. 臨時及短期照顧 <input type="checkbox"/> 2. 照顧者支持及訓練與研習 <input type="checkbox"/> 3. 家庭關懷訪視服務
申請新增理由			
檢附文件	<input type="checkbox"/> 1. 身心障礙證明影本 <input type="checkbox"/> 2. 需求評估結果通知函影本 <input type="checkbox"/> 3. 申復委託書 <input type="checkbox"/> 4. 代辦人身分證件影本		
備註：1. 諮詢電話：04-7240250、7532299~7532302、7532314~2318。 2. 傳真電話：04-7201556			

## 代理申請委託（授權）書

一、 本人\_\_\_\_\_（請填身心障礙者姓名）茲因生病或行動不便工作不識字

其他，無法親自辦理本項申請，特委託\_\_\_\_\_（請填代辦人姓名）辦理並檢具委託

書。

二、 所稱事項與提供之資料皆屬實且符合法令規定，如有虛偽，本人及受託人願負一切法律責任。

此致

彰化縣政府

委託人(身心障礙者)：\_\_\_\_\_（簽名或蓋章） 身分證字號：

戶籍地址：同申請表

受託人：\_\_\_\_\_（簽名或蓋章） 身分證字號：

與委託人關係：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：

聯絡地址：同上 \_\_\_\_\_縣/市\_\_\_\_\_鄉/鎮/市/區\_\_\_\_\_村/里\_\_\_\_\_鄰\_\_\_\_\_路/街\_\_\_\_\_段\_\_\_\_\_巷\_\_\_\_\_弄\_\_\_\_\_號\_\_\_\_\_樓

中華民國\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

-----申請人、代理/辦人證明文件，請黏貼於下方空白處-----

申請人  
身心障礙證明影本

申請人  
身心障礙證明影本

委託代辦人  
身分證明文件影本

委託代辦人  
身分證明文件影本