附件 1

115年新北市長期照顧評估服務需要等級計畫

<table>
<tr><td colspan="2">申　請　單　位</td><td></td><td colspan="2">立案(核准)文號</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">地址(含鄰里)</td><td></td><td colspan="2">統　一　編　號</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">負責人</td><td>職　稱</td><td></td><td rowspan="2">聯絡人</td><td>職　稱</td><td></td></tr>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>姓　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">聯　絡　電　話</td><td></td><td colspan="2">傳　真</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">辦　理　期　程</td><td colspan="4">自核定日起至 115 年 12 月 31 日 止。</td></tr>
<tr><td colspan="2">近3年獲各級政府
補助情形</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

申請單位聲明:

本次申請計畫之申請書及所有檢附資料均據實填報，且未曾以同一計畫向貴府不同機關重複申請，如有虛偽，一經查獲，願無條件如數繳回補助款項，並負擔法律上一切責任。

單位用印

申請單位負責人：　　(簽章)

中 華 民 國　　年　　月　　日

附件 2

115 年「新北市長期照顧評估服務需要等級計畫」計畫書

申請單位名稱

中華民國〇〇〇年　月　日

目　　錄

壹、計畫緣起（或前言）

貳、單位介紹

1.組織運作(架構、人力配置、人員學經歷、人員任務角色)

2. 近3年執行相關計畫實際經驗

參、現況分析

1. 服務需求面分析

2. 服務供給面分析

肆、計畫目標

1. 目標說明

2. 預期績效指標

伍、執行策略及方法

1. 工作督導流程

2. 品質提升計畫(含教育訓練)

3. 異常事件(申訴)處理

附件3

★黑框內必填

新北市政府長期照顧服務申請書

1120411 版

申請日期：　　年　　月　　日

申請人為：□受委託人 □本人(需要服務者)

一、受委託人基本資料(本人申請免填)

茲因 □行動不便 □其他：＿＿＿＿＿＿＿＿，確實無法親自申請，

特委託＿＿＿＿＿＿君(身分證：＿＿＿＿＿＿＿＿)代為申請長期照顧服務。

1.與委託人之關係：＿＿＿＿＿＿＿＿2.主要聯絡電話：＿＿＿＿＿＿＿＿

二、需要服務者基本資料

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.居住地址：新北市＿＿＿＿區＿＿＿＿里＿＿鄰＿＿＿＿＿路／街＿＿＿＿段＿＿＿巷＿＿＿＿弄＿＿＿＿號＿＿＿＿樓（填寫機構地址）

6.戶籍地址：□同上；＿＿＿＿縣／市＿＿＿＿＿市／鄉／鎮／區＿＿＿＿＿村／里＿＿＿＿鄰＿＿＿＿路／街＿＿＿＿段＿＿＿＿巷＿＿＿＿弄＿＿＿＿號＿＿＿＿樓

7.目前是否聘請看護幫忙照顧：□(1)否□(2)是（□本籍□外籍） □(3)申請中

8.是否有身心障礙證明:□(1)否□ (2)是□(障礙類別:　　障礙程度:　　ICD:　　) □(3)申請中

9.欲申請服務種類：（可複選）

□照顧服務(居家服務/日間照顧/家庭托顧)

□復能照護(居家/社區復能/營養吞嚥照護/居家無障礙空間規劃)

□喘息服務（居家喘息/日照喘息/機構喘息/短期照顧）

□交通接送 □輔具服務及居家無障礙環境改善服務 □中低收入老人特別照顧津貼

□緊急救援通報系統 □營養餐飲服務

三、主要聯絡人資料

1.姓　名：＿＿＿＿＿＿＿＿2.國民身分證統一編號：＿＿＿＿＿＿＿＿

3.出生年月日：民國＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

4.電　話：(H)＿＿＿＿＿＿　(O)＿＿＿＿＿＿＿＿　手機：＿＿＿＿＿＿＿＿

5.與需要服務者的關係或身分：＿＿＿＿＿＿＿＿

6.居住地址：□同上居住地址；□同上戶籍地址；＿＿＿＿＿縣／市＿＿＿＿市／鄉／鎮／區村／里＿＿鄰＿＿＿＿＿路／街＿＿＿段＿＿＿＿＿巷＿＿＿＿弄＿＿＿＿號＿＿＿＿樓

◎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給付費用者，應負一切法律責任，並返還已給付之服務經費。

申請人簽名：＿＿＿＿＿＿

受理申請單位：	承辦人：	電話：	傳真：
照管中心資格審核意見： □1.符合	□2.不符合，原因：＿＿＿＿＿＿	□3.其他	

長期照顧服務個人資料應用說明及知情同意書

本府（局）依長期照顧服務法、長期照顧服務申請及給付辦法辦理長照需要等級評估及長照服務之提供。長照服務申請者所提供之資訊，以為長期照顧管理中心評估長照需要、提供服務輸送連結及於衛生福利部照顧管理資訊平臺建立個案與主要照顧者之個人資料，並依政策需要進行分析，以利長照服務之持續推動與發展，衛生福利部及本府（局）依相關規定盡資料保密之責。

如有政府機關（構)、學術研究單位基於公共利益，須利用上述已去識別個人化，無法辨識特定個人之資料進行學術研究，您如同意將前述資料提供予政府部門、學術研究單位運用，請您簽名。

受評估個案(簽章)：	**（如受評估個案無法簽章，則由代理人完成填寫下方代理人相關欄位）**
代理人(簽章)：	**代理人與個案關係或身分：**
代理人身分證字號：	
	日期：　　年　　月　　日

編號（流水號）：0000000

附件 4

新北市長期照顧服務評估結果證明書

112.07 訂

為申請住宿式服務機構使用者補助方案，故向新北市政府長期照顧管理中心申請最近一次長期照顧需要等級，經本中心確認衛生福利部照顧服務管理資訊平臺，有關接受評估個案之評估結果如下：

1.個案姓名：	2.身分證字號：
3.評估日期：民國　　年　　月　　日	
4.長期照顧需要等級(CMS)： □第 1 級-1A(失智前期) □第 1 級-1B(衰弱) □第 2 級 □第 3 級 □第 4 級 □第 5 級 □第 6 級 □第 7 級 □第 8 級	

民國　　年　　月　　日

注意事項：

1. 本單張僅作為申請住宿式服務機構使用者補助方案使用，不得轉為其他用途。

2. 本局進行評估服務前均先以電話通知申請者評估日期，評估當日將評估結果交由機構，請逕洽入住機構取得評估結果，如對評估結果不服，依訴願法第 14 條規定，自「新北市長期照顧服務評估結果證明書」送達(代理人親收或機構代收)之次日起 30 日內，書寫訴願書，以正本寄至本局(地址：新北市板橋區英士路 192-1 號)，由本局層轉受理訴願機關新北市政府提出訴願。

評估單位	新北市政府 長期照顧管理中心
評估單位印	新北市政府 長照服務申請專用章 長期照顧管理中心

編號(流水號)：　　第一聯(正本)中心自存，第二聯個案收執

新北市　民眾申請長照需求評估結果通知書

112年8月訂定
112年11月第一次修訂
114年3月1日第二次修訂
114年12月4日第三次修訂

一、接受評估個案基本資料：　　評估日期：　年　月　日

1.姓名：	2.出生日期：民國　　年　　月　　日
3.身分證字號：	4.聯絡電話：(　　)

二、 長照需要評估結果：

長照需要等級及給付額度(依據長期照顧服務申請及給付辦法第7條附表2規定)：

長照需要等級	個人長照服務			家庭照顧者支持服務之喘息服務
	照顧及專業服務	交通接送服務	輔具及居家無障礙環境改善服務	
□第一級	不 給 付			
□第二級	10,020元/月	□1,840元/月 □2,400元/月	40,000元/三年	□不符合 □32,340元/年
□第三級	15,460元/月			
□第四級	18,580元/月			
□第五級	24,100元/月			
□第六級	28,070元/月			
□第七級	32,090元/月			□不符合 □48,510元/年
□第八級	36,180元/月			

三、注意事項：

(一) 經評估符合長照需要等級2至8級，續安排個案管理員連結長期照顧服務。

(二) 長照服務補助額度上限，依本辦法第 7 條規定辦理；實際補助額度，依使用之照顧組合為準。服務使用者按其長照身分別，自行負擔一定比率之自負額；超過政府補助額度部分，則由服務使用者全額自行負擔，倘中央調整長期照顧服務內容，依中央相關規定辦理。

(三) 長照給付對象聘僱外國人從事家庭幫傭工作、家庭看護工作、中階技術家庭看護工作或依其他法令規定不得重複領取照顧服務補助者，給付本辦法附表二照顧及專業服務額度之百分之三十，並限用於本辦法附表四居家照顧服務以外之照顧組合。

(四) 為確保長照需求者權益，補助期間若有接受機構收容安置、聘僱外籍家庭看護工、領取政府補助金額、居住地異動、資格變更(如身心障礙或失智診斷證明)等情形，應於異動或事實發生**當日**，主動告知並視情況提供相關證明文件，予長期照顧管理中心或社區整合型服務中心(A單位)＿＿＿＿＿＿

連絡電話(　　)＿＿＿＿＿＿＿＿。辦理後續事宜，若未於時限內通知，經查證屬實者，自當於資格異動日起追繳溢領款項。

(五) 若需要服務者長照身分別變更，應主動通知並提供證明文件予長期照顧管理中心，並於**通知日**生效。

(六) 為能確實瞭解需要服務者身心功能變化，將自核定日起 1年 / 2年 內進行複評，請服務使用者配合複評以確認服務需求，並據以研訂適切的照顧服務計畫。

(七) 依給付辦法第7條規定，失能等級第1級為身體或心智未失能者，不納入本辦法給付範圍，經複評結果為第1級，自複評當下起不符本辦法補助對象。

(八) 倘服務使用者居住地遷出本市、入住機構、無意願使用服務等情形，依事實發生日辦理結案；非長期照顧服務申請及給付辦法之項目(如餐飲服務、緊急救援通報服務...等)依相關計畫結案規定辦理。

(九) 為避免長照服務資源不必要耗用，倘開案後連續達3個月未使用任何長照服務項目，將由個案管理員及照顧管理專員與您討論後辦理結案。

(十) 如經查證以詐欺、脅迫或賄賂方法或提供不正確資料等不正當方式請領補助費用者，應負一切法律責任，並繳回已補助之經費，服務使用者應配合本府於必要時查核。

(十一) 依長期照顧服務法第42條，為保障接受長照服務者之權益，長照機構於提供長照服務時，應與長照服務使用者、家屬或支付費用者簽訂書面契約。

(十二) 以上訂定事項如有未盡事宜，申請人或代理人應本於誠信原則，悉依照有關法令及一般作業程序之處理。如對長照需要評估結果(需要等級)若有疑義，請逕洽照顧管理專員＿＿＿＿＿＿連絡電話(　　)＿＿＿＿＿＿分機＿＿＿＿或本單位申訴管道1966。依訴願法第 14 條規定，自本通知單送達之次日起 30 日內，書寫訴願書，以正本寄至本中心(地址：新北市板橋區英士路192-1號)，由本中心層轉受理訴願機關新北市政府提出訴願。

＊＊☐我已了解上述評估結果及注意事項內容

受評估個案(簽章)：

新北市政府 長照服務申請專用章 長期照顧管理中心

(如受評估個案無法簽章，則由代理人完成填寫下方代理人相關欄位)	
代理人(簽章)：	**代理人與個案關係或身分：**
代理人身分證字號：	**代理人聯絡電話：**(　　)
照顧管理專員(簽章)：	通知日期：　　年　　月　　日

高負荷家庭照顧者初篩指標

110 年 5 月 10 日制定
112 年 10 月 17 日一修
112 年 12 月 22 日二修

編號	指標項目	操作型定義
1	被照顧者有嚴重情緒困擾、干擾行為致難以照顧	被照顧者具行為與心理症狀(BPSD)、自傷傷人、攻擊破壞、干擾、怪異行為(例如：遊走、妄想、吼叫、發出怪聲)，照顧者因被照顧者行為產生身心壓力致無法照顧。
2	高齡照顧者	1. 照顧者的年齡 65 歲以上者。 2. 原住民照顧者的年齡 55 歲以上者。 **備註:**照顧者的年齡如小於 18 歲，應優先通知照管中心進行照顧安排調整並同步通報社安網體系。
3	過去無照顧經驗者	1. 因家庭變故成為家庭照顧者 2. 面對被照顧者身體狀況、病況改變(如新增壓瘡、管路或 BPSD)，而有照顧知能不足之照顧者。
4	沒有照顧替手	1. 負擔每週 20 小時以上主要照顧工作，無其他家人、親友或照顧資源提供協助。 2. 受傳統文化或性別因素影響，不易求助，抗拒使用資源之照顧者或被照顧者。
5	需照顧兩人以上	同時須照顧 2 名以上符合長期照顧、身心障礙、領有發展遲緩證明條件或尚需分配時間照顧其他家人(如照顧 3 歲以下孩童、精神病人等情事者)。 **備註：**如發現為雙老家庭(身心障礙者 35 歲以上且主要照顧者 60 歲以上)、或家有 2 名以上身心障礙者或 2 名以上精神病人，應同步通報身障或社安網體系。
6	照顧者因疾病或身心狀況影響照顧能力或意願	1. 照顧者具精神疾病、藥癮、酒癮或其他疾病致使照顧能力或意願受限者。 2. 出現憂鬱、焦慮、睡眠障礙等症狀致使照顧能力或意願受限者。 3. 照顧者持有身心障礙證明或領有重大傷病卡(含癌症)致使照顧能力或意願受限者或無法勝任照顧工作。 **備註：** 1. 疑似罹患精神疾病之人，請轉介地方政府衛生局或社區心理衛生中心。 2. 疑似施用毒品者，請轉介地方政府毒品危害防制中心。 3. 疑似酒精成癮者，請轉介地方政府衛生局。

7	申請政府資源不符資格、資格變動，或有突發緊急需求者	1. 有經濟扶助需求，但因持有不動產或列計家戶人口變動等因素，而未符合政府法令致無法領取相關補助。 2. 因突發事故無法負擔基本生活支出等。
8	3 個月內照顧情境有改變	1. 照顧者有急性醫療需求。 2. 被照顧者的病況改變(如頻繁進出醫院)。 3. 外籍看護工空窗期(如行蹤不明或轉換雇主)或其他照顧資源中斷等狀況。
9	照顧者或被照顧者間曾有家暴情事	1. 照顧者自述曾對被照顧者有施暴意念或曾出現照顧疏忽，不論有無正式通報紀錄。 2. 經評估疑似有家庭暴力或照顧疏忽情事，不論有無正式通報紀錄。
10	照顧者曾有自殺企圖或自殺意念	1. 照顧者過去曾有因照顧壓力而有自殺企圖、具體之自殺計畫或已準備好自殺工具等行為。 2. 曾在言語間表達有自殺或結束自己與照顧對象生命的想法。
高負荷家庭照顧者轉介標準，須符合下列情形之其中一項： 一、符合指標 9、10 任一項 二、符合指標任二項 三、其他經專業人員評估有轉介之必要情形		

附件7

評估統計報表

CMS等級	姓名	身分證號	出生日期	年齡	接案日期	評估日期	居住地(區)	居住地(里)	居住地址	居住機構	入住機構日期	評估家屬	家屬聯絡電話	評估人員	備註

附件8

評估費用申報總表

新北市長期照顧評估服務需要等級計畫-評估費用申報總表

服務單位	申報年月

服務項目類別		單價	數量	申報費用 (單位：元)
評估費用	入住機構案件	700元/案		
	一般社區案件	800元/案		
交通費	訪視未遇交通費	200元/案		
合計				
撥付總額				
本次費用月份：				
注意事項	一、使用本表得免另行備函，請填送一式二份。 二、申報評估費用者，應檢附本表及評估統計報表。			

填表日期：　　填表人：　　單位印信：

附件9

領　　據

茲收到　新北市政府高齡長期照顧處辦理「新北市長期照顧評估服務需要等級計畫」＿＿＿＿年＿＿＿＿月服務費用，整付共計新臺幣＿＿＿＿＿＿＿＿元整，核領無誤。

此致　新北市政府高齡長期照顧處

機構名稱：

統一編號：
負 責 人：
會　　計：
經 辦 人：
地　　址：
連絡電話：
入帳戶名：

匯款銀行：
存簿帳號：

中　華　民　國：＿＿＿＿＿＿年＿＿＿＿＿＿月＿＿＿＿＿＿日