

臺東縣政府 113 年補助辦理低收入戶老人轉介機構收容照顧 實施計畫

113 年 1 月 1 日修正

- 一、依據：老人福利法第5條、第15條、失能老人接受長期照顧服務補助辦法第7條、長照服務發展基金一般性獎助計畫經費申請獎助項目及基準等規定辦理。
- 二、目的：為加強照顧本縣年滿65歲，長期臥病、無親屬或乏親屬照顧之低收入戶，以及因應本縣低收入老人接受長期照顧機構照護服務之需求，減輕家庭照顧負擔，特訂定本項計畫。
- 三、辦理機關：臺東縣政府（以下簡稱本府）。
- 四、辦理期間：自113年1月1日起至113年12月31日止。
- 五、補助對象：設籍本市年滿65歲以上長者及55歲以上原住民，家庭總收入平均每人每月未達社會救助法規定最低生活費標準者(即列冊各款低收入戶)。
- 六、補助資格條件及限制：
 - (一) 安養：列冊低收入戶，且無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力者。
 - (二) 養護：列冊低收入戶，經衛生機關長期照顧評估失能等級，無氣切或呼吸照護等技術性護理服務需求者，且無扶養義務之親屬或扶養義務之親屬無扶養能力者。
 - (三) 除上述資格規定外，若有下列情形之一者，不予收容：
 1. 患有法定傳染病，如經治療後，無傳染之虞（需檢附相關證明文件）經機構評估可收容者不在此限。
 2. 患嚴重疾病經機構評估無法收容者。
 3. 無國民身分證者。
- 七、申請應備文件(附表1)：
 - (一) 申請書正本。
 - (二) 身分證正反面影本。
 - (三) 當年度低收入戶證明。
 - (四) 自申請日前三個月內公、私立醫院體檢表正本

※體檢項目應含胸部X光、B型肝炎、後天免疫缺乏症候群、淋病、梅毒、糞便檢查等)。

(五)申請進住機構同意書(請註記擬入住日期；申請國軍退除役官兵輔導委員會馬蘭榮譽國民之家得免附)。

(六)臺東縣長期照顧服務申請書(附表3)或失能評估報告。

八、申請程序：

(一)申請失能評估：由申請人、家屬(監護人)、機構專業人員或本府社會處社會工作人員，填寫臺東縣長期照顧服務申請書後，逕向本縣衛生局長期照顧管理中心申請失能評估作業，由該中心據以評估申請人失能等級程度(CMS)，並將失能評估報告結果函送本府；如為申請安養照顧服務，則免經失能評估程序。

(二)申請公費安置：申請人、家屬(監護人)、機構專業人員或本府社會處社會工作人員，備妥申請應備文件向戶籍所在地鄉(鎮、市)公所申請，由公所初審後轉陳本府，本府將依臺東縣衛生局所提供失能評估報告等相關資料辦理核定作業，並將結果函文通知申請人及機構核定結果。

(三)原申請本府身心障礙者日間照顧及住宿式照顧費用補助，欲轉領低收入戶老人機構安置補助，視同新案申請，須依前開規定備齊文件，至戶籍所在地鄉(鎮、市)公所辦理。

(四)本府受理戶籍所在地鄉(鎮、市)公所函文及申請人相關資料，申請人應於申請書確認申請入住之機構，及具備申請進住機構同意書(註記日期)，倘申請應備文件不全或資料不完整，本府一律退還相關資料予戶籍所在地鄉(鎮、市)公所，請申請人備妥文件與確認資料完整後再提出申請。

九、補助標準：

(一)公費安養：每人每月補助新臺幣10,000元整。

(二)公費養護、公費長期照護：

1. 經本縣衛生局評估為中度或重度失能者，每人每月補助新臺幣22,000元整，其中5,200元為衛生福利部長照基金支應，餘1萬6,800元為本縣自籌款支應。

2. 經本縣衛生局評估評估為輕度失能者，每人每月補助新臺幣18,600元整。

(三)經衛生福利部立各區老人之家同意入住，其收費標準依各機構接受臺東縣政府委託安置公費老人契約書規定辦理。

(四)國軍退除役官兵輔導委員會馬蘭榮譽國民之家補助費用：

1. 養護費：每人每月補助新臺幣10,000元，入住滿1個月，以1個月計費；實際

進住未足1個月者，以每月實際進住日數乘以每日新臺幣333元，按月核計；因住院離開機構且未請領本府低收入戶老人相關看護費用補助者，自離開機構之日起，保留床位最長30日，期間費用仍酌予補助每日新臺幣167元，惟應給予住院關懷服務並協助處理入出院等相關事宜。如逾30日本府將暫停撥付補助。惟同日入出院者，除非有特殊事由，安置機構應以書面方式報府敘明原因及檢附相關佐證資料。

2. 伙食費：每人每月補助新臺幣4,366元整(依據國軍退除役官兵輔導委員會馬蘭榮譽國民之家111年8月1日馬家輔字第1110004427號函辦理)。
3. 耗材費：每人每月最高補助新臺幣7,400元，並單據覈實補助，不含管灌營養品。

十、其他核銷規定：

(一)補助安置長者進入機構(新案)及離開(死亡、返家、轉介至其他機構、變更受補助身份)，機構請領當月安置費用應以未足月方式計算：

1. 中度或重度失能且未足月者，按日計費，每月(1月份至12月份)皆以30日計算。【例：新臺幣22,000元整－(30天－當月實際入住天數)×新臺幣733元整＝未足月補助安置對象當月應請領金額。】
2. 輕度失能且未足月者，按日計費，每月(1月份至12月份)皆以30日計算。【例：新臺幣18,600元整－(30天－當月實際入住天數)×新臺幣620元整＝未足月補助安置對象當月應請領金額。】

(二)補助安置長者因住院離開機構，自離開機構之日起，保留床位最長30日，期間費用仍酌予補助住院期間每日安置費用之二分之一，惟機構應給予住院關懷服務並協助處理入出院等相關事宜。如逾30日本府將暫停撥付補助。惟同日入出院者，除非有特殊事由(安置機構應以書面方式報府敘明原因及檢附相關佐證資料)，否則以連續住院計。

1. 中度或重度失能住院期間補助金額：每日新臺幣733元整÷2＝每日新臺幣367元整(住院期間補助費用)；已請領看護補助費用者不予補助。
2. 輕度失能住院期間補助金額：每日新臺幣620元整÷2＝每日新臺幣310元整(住院期間補助費用)；已請領看護補助費用者不予補助。

(三)機構應依本府核准函之補助起始日起，於次月5日前依上月實際收住情況(如有

死亡、離所等異動一併計算)，檢附本府核定公文(含核定名冊)、印領清冊、請領收據及經費撥付申請單送本府辦理請款手續；如安置長者有入住院、退離院情形，應併同提供診斷證明書(敘明入住院期間)或本府退住同意核備函，以供本府稽核查驗。

(四)前述印領清冊及請領收據應依政府支出憑證處理要點規定辦理，若未依相關規定辦理致影響該月款項撥付且經本府書面通知仍未補正者，本府得暫停發給次月之補助費用及新案之申請；另12月份補助款應依本府於各該年度所訂定期程辦理核銷。

(五)基於福利不得重複請領原則，已獲准本計畫安置補助者，不得再重複領取任何補助或津貼；原領取之補助或津貼優於本補助標準者，依擇優領取原則，不予核定本項安置補助。

十一、其他配合事項：

(一)本府轉介安置之長者入住及退住，以公文為憑；接受補助之長者於居住機構期間若有死亡、轉退住(接受轉住機構應檢送與長者簽訂之機構入住合約書報府核備)、住院、戶籍遷移、未履行扶養義務之人已能履行扶養義務、福利身分、失能程度或其他足以影響申請資格之異動情形，機構應於知悉事實7日內主動通報本府；長者因住院或其他原因暫時離開機構，機構應於核銷時一併通報本府。

(二)接受安置之長者如有發生傷害或疾病，機構應負責轉送健保局簽約之醫療院所，除有特殊情事並經本府同意，應於接受診療完竣後接返續以安置，如有故意留置醫院未將其接返、違反老人福利法第41條、身心障礙權益保障法第77條或其他法令規定未將其接返照顧者，將依各該規定辦理。

(三)補助安置之長者亡故時，機構應通知遺屬處理喪葬事宜，並檢附死亡診斷書正本函知本府、副本函知轉介戶籍所在地公所。無遺屬或遺屬無負擔能力者，則委請機構協助處理，其費用由其遺產支出；其無遺產者，依社會救助法第24條辦理葬埋。其死因可疑者，應報請司法機關相驗後始得殮葬事宜。

(四)接受本補助計畫長者住院者，看護費由機構先行墊付，再依「臺東縣低收入戶暨中低收入戶重病住院看護費用補助實施計畫」、「臺東縣中低收入老人傷病醫療補助」規定向本府申領。

(五)機構應於每年福利身分總清查後，於次年度1月5日前主動告知安置長者福利身份

異動狀況，並將相關資料報府重新核定，如已不具補助身份應即辦理費用償還事宜。

- (六)凡經本府接受安置補助之長者，將不定期派員進行訪視，若經查核機構未將長者安置於原核准之機構或床位，本府自次日起不予撥付本補助費並請機構繳回溢領款項，且機構不得向受補助者收取費用。
- (七)機構應接受本府輔導、監督、檢查、評鑑及獎助規定辦理；應於年度結束後次年1月15日前提供書面成果報告1式2份供本府參酌，書面成果報告規格架構請參閱本府提供規格製作(附表2)。
- (八)本府公費安置機構以最近一次評鑑為乙等以上之老人福利機構、老人長期照顧機構、護理之家為限，如需轉介入住其他縣市機構，其評鑑(督考)應為甲等以上，視為繼續具有本補助之資格。另外，依據長期照顧服務法設置的住宿式長期照顧服務機構，以最近一次評鑑為合格才具本府公費安置簽約及繼續請領本府補助之資格。

十二、撤銷、廢止、追繳及扣抵：

- (一)申請人有下列情形之一者，本府得撤銷或自事實發生之日起廢止其補助資格並停止補助；涉及刑責者，移送司法機關辦理：
1. 以詐欺或其他不正方法申領補助。
 2. 溢領補助、重複領取補助或不符合請領資格而領取補助。
 3. 家庭應計算人口、家庭總收入、家庭財產或其他條件異動致未符合申領資格。
- (二)前項情形，申請人溢領或重複領取相關補助者，本府依據行政程序法第127條規定辦理程序，行政程序完備後，視自應付予機構價金、應給予機構之其他補助中抵扣至溢領金額繳清為止，或其他方式處理，並得停止該機構之新案補助申請6個月。
- (三)前項情形，其扣抵額度足以影響申請人或其繼承人生活所需者，本府或鄉(鎮、市)公所依職權，或依申請人或其繼承人接獲通知之次日起30日內之書面申請，經評估同意後分期扣抵。
- (四)第一項各款情形如可歸責於機構者，或因機構提供虛偽不實之核銷資料、未依原核定計畫執行、經費支用不當、未依規定主動通報相關異動情形等原因致受領補助者或機構溢領補助，依前三項規定辦理。。

十三、 經費來源：

- (一) 衛生福利部長照服務發展基金一般性獎助經費。
- (二) 社政業務-社會福利-老人福利-獎補助費(轉介低收入戶老人公費養護費)。
- (三) 公彩券基金-列冊低收入戶老人委託安置費。

十四、 本計畫奉核後實施，修正時亦同。

臺東縣政府低收入戶老人轉介機構收容照顧申請表

申請日期： 年 月 日

申請入住機構：	電話：	地點	<input type="checkbox"/> 臺東縣內 <input type="checkbox"/> 縣外	
申請人資料				
福利身分款別	本縣	鄉(鎮、市)	款低收入戶	
姓名		性別	出生日期	民國 年 月 日
身份證號		電話	使用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客家語
原住民族身分	族			<input type="checkbox"/> 日語 <input type="checkbox"/> 原住民_____語
身心障礙證明	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度		類別	第_____類
戶籍地址				
通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上			
緊急連絡人		關係	電話	住家： 行動電話：
應備文件	<input type="checkbox"/> 身分證正反面影本 <input type="checkbox"/> 3個月內公、私立醫院體檢表正本(體檢項目應含胸部X光、B型肝炎、法定傳染病、糞便檢查等)。 <input type="checkbox"/> 當年度低收入戶證明文件 <input type="checkbox"/> 申請入住機構同意書(需註記擬入住日期) <input type="checkbox"/> 臺東縣長期照顧服務申請書或失能評估報告(如已向本縣衛生局提出申請，請勾選)			
申請項目	<input type="checkbox"/> 安養補助 <input type="checkbox"/> 養護補助			
公所審核	承辦人		課長	
申請摘要	申請本府 113 年低收入戶失能老人轉介機構收容照顧補助。			
收文日期字號	113 年	月	日	號
CMS 等級 (失能評估)	度 / CMS_____級			
核定結果	核定自 113 年 月 日起，補助每月新臺幣 元整。			
承辦人	科長		副處長	處長

臺東縣政府

辦理 113 年度低收入戶老人轉介機構收容照顧實施 計畫

成果報告書

(採 A4 直式橫書, 左側裝訂)

執行單位：000000(機構全銜)

中華民國 113 年 00 月 00 日

辦理 113 年度低收入戶老人轉介機構收容照顧實施計畫

成果報告書

壹、機構簡介：

貳、執行概況：

一、機構住民分析：(至少含性別、各受補助類別人數等)

二、機構服務成效：(至少含文康活動內容)

參、年度成果照片：(至少 2 頁 8 張，每頁 4 張照片)

注意事項：成果報告雙面 6 頁內完成。

(得依機構實際辦理情形增列項目，如檢討與展望等)

臺東縣長期照顧服務申請書

106.01.04 製訂

109.02.04 修訂

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. 是否為原住民： 否 是 6. 性別： 男 女
7. 目前之居住狀況： 獨居 固定與他人同住 輪流與他人同住 其他
8. 居住地址：_____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： 否 是，障別：_____ 申請中
11-1 障礙程度： 極重度 重度 中度 輕度
12. 福利身分別： 列冊低收入戶 列冊中低收入戶
 身心障礙者生活補助 中低收入老人生活津貼
13. 目前是否在最近三個月內有住院(含急診經驗)；
 否 是，住院原因：
13. 目前是否聘請外籍看護幫忙照顧：
 否 是 申請中
14. 是否罹患疾病：
 否 是，疾病名稱：
15. 目前是否使用長期照顧服務：
 否 是，使用之服務為：
16. 在沒有人或工具幫助的情形下，無法完成下列哪些活動：
 吃飯 移位(上/下床) 室內/外走動 穿脫衣褲鞋襪 洗澡 如廁
17. 欲申請服務種類
- 照顧服務： 居家服務 日間照顧服務 家庭托顧服務
- 專業服務： 居家復能 社區復能 營養照護 臥床或長期活動受限照護
 居家護理指導與諮詢 困擾行為照護(限心智功能障礙者)
 進食與吞嚥照護 居家環境安全或無障礙空間規劃
 個別化服務計畫(ISP)擬定與執行(限精神障礙者)
- 輔具服務： 輔具購買 輔具租賃 居家無障礙環境改善
- 喘息服務： 居家喘息 機構喘息 日照喘息 小規模多機能夜間喘息
- 交通接送 營養餐飲服務 長期照顧機構服務(限列冊中低收入戶)
- 轉介居家醫療 轉介失智症照顧服務(共照中心/ 失智據點)

家庭照顧者支持性服務

社區式交通接送服務(至日間照顧、托顧家庭、巷弄長照站、文健站、失智症據點)

居家失能個案家庭醫師照護 其他

二、主要聯絡人資料

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. 居住地址：_____ 縣/市 _____ 市/鄉/鎮 _____ 區 _____ 村/里 _____ 鄰
路/街 _____ 段 _____ 巷 _____ 弄 _____ 號 _____ 樓

◎請依個案資料備齊下列文件，方可申請服務(備齊打勾)

戶口名簿影本或身分證影本 身心障礙手冊影本 中低收入戶證明 低收入戶證明，郵寄或傳真至臺東縣長期照顧管理中心。

◎如何得知長照服務資訊：

電視傳媒 活動宣導 親友介紹 委託廠商 衛生所 鄉鎮公所 村里長
 其他_____。

◎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，並返還以支付之服務補助經費。

申請人簽名：

三、協助申請單位資料

受理申請單位：

承辦人：

電話：

傳真：

備註：

四、臺東縣長期照顧管理中心回覆

◆個案姓名：_____，CMS 等級_____級。

◆是否符合補助條件： 1. 符合

2. 不符合，原因

3. 其他

服務單位：**臺東縣長期照顧管理中心**

中心地址：台東市博愛路 336 號 1 樓

長照服務申請專線：1966

傳真：(089)340705