

臺南市114年度住宿機構照顧品質獎勵計畫 申請計畫書

獎助單位:衛生福利部

主管機關:臺南市政府衛生局

申請單位:

聯絡人:

連絡電話:

申請日期:114年 月 日

臺南市114年度住宿機構照顧品質獎勵計畫申請表

申請日期：中華民國114年__月__日

申請機構名稱																			
機構地址												統一編號							
負責人		承辦人(職稱)								連絡電話									
E-mail																			
核准開放床數		<small>(以長照機構暨長照人員管理資訊系統前一年度12月底資料為主)</small>				最近一年內消防 檢修申報合格日期				年 月 日									
評鑑最近一次年份				評鑑合格效期		年 月 日至 年 月 日													
護理人員		專任： 人/兼任： 人。																	
照顧服務員		專任		本籍： 人/外籍： 人		中階技術人力				人									
		兼任		本籍： 人/外籍： 人		中階技術人力姓名													
住宿式機構照顧服務員進階培訓獎勵計畫						已通過 人													
通過照服員姓名：						認證證書發證期： 年 月 日													
獎勵機構類型																			
<input type="checkbox"/> 第一類 (49床以下)				<input type="checkbox"/> 第二類 (50-75床)				<input type="checkbox"/> 第三類 (76-99床)				<input type="checkbox"/> 第四類 (100-149床)				<input type="checkbox"/> 第五類 (150床(含)以上)			
獎勵指標申請																			
<small>(請依申請指標項目，填寫依獎勵機構類型之獎助金額)(單位:萬元)</small>																			
指標	1	2	3		4					5			6			7			
			1	2	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	1			
申請打V																			
申請金額																			
總申請金額		新臺幣_____元																	
應檢附資料		<input type="checkbox"/> 最近一次評鑑合格(或乙等以上)且尚在合格(或乙等)效期內之證明 <input type="checkbox"/> 最近一年內消防安全申報合格之證明 <input type="checkbox"/> 住宿式機構照顧服務員進階培訓認證證書(若無申請此計畫則免附)																	
申請單位用印								負責人用印											

(申請打勾)	指標3-建構照顧資訊系統(可單獨申請)
<input type="checkbox"/> 指標3.1	機構自行建置或租用系統： (填系統廠商名稱)
<input type="checkbox"/> 指標3.2	僅使用衛福部長照機構暨長照人員相關管理資訊系統配合登打。

指標4-智慧輔助照顧科技應用(申請指標4需同時申請指標3)	
(申請打勾)	申請類型： <input type="checkbox"/> 4.1行動感知智慧輔助科技 <input type="checkbox"/> 4.2移動支援智慧輔助科技 <input type="checkbox"/> 4.3照護支援智慧輔助科技 <input type="checkbox"/> 4.4排泄支援智慧輔助科技 <input type="checkbox"/> 4.5入浴支援智慧輔助科技
指標4:申請1項指標填一張，申請2項指標，請自行新增一頁填寫。	
指標4	1. 智慧輔具名稱： 2. 智慧輔具型號： 3. 智慧輔具廠商： 4. 適用對象： 5. 智慧輔具使用床數:開放床數 床，使用床數: 床。 6. 使用涵蓋率: %。 7. 智慧輔具功能簡述(操作流程): 8. 使用效益: