

# 桃園市「預防走失—愛的手鍊」申請表

## 一、使用人基本資料

申請日期： 年 月 日

姓名		性別		血型	
出生日期	年 月 日	身分證字號 (必填)			
手腕尺寸	手腕尺寸超過 23.5 公分者 ( 公分)				
地址					
電話		手鍊編號			

## 二、聯絡人基本資料

聯絡人(一)		性別		關係	
身分證字號		電話(H)			
電話(O)		行動電話			
通訊地址					

聯絡人(二)		性別		關係	
身分證字號		電話(H)			
電話(O)		行動電話			
通訊地址					

聯絡人(三)		性別		關係	
身分證字號		電話(H)			
電話(O)		行動電話			
通訊地址					

## 三、使用人生活概況

婚姻狀況： <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他_____	
經濟狀況： <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶	
經濟來源： <input type="checkbox"/> 自給 <input type="checkbox"/> 子孫 <input type="checkbox"/> 親友 <input type="checkbox"/> 退休俸 <input type="checkbox"/> 其他_____	
是否獨居： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否需要相關福利服務資訊： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
病史： <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他_____	
疾病之急救措施：	
1、隨身攜帶藥物 <input type="checkbox"/> 是 (藥名_____ ) <input type="checkbox"/> 否	
2、送特定醫院 <input type="checkbox"/> 是 (醫院_____ ) <input type="checkbox"/> 否	

## 四、應檢附證明文件：由收件單位勾選下列申請人已檢附之文件(下列擇一檢附)。

(一) 設籍本市有走失之虞之身心障礙者：

身心障礙手冊(證明)影本[須為智能障礙者【06】、失智症者【10】、自閉症患者【11】、慢性精神病患者【12】、多重障礙包含上述之一者【13】]

(二)設籍本市有走失之虞之老人：

醫師診斷證明書影本(須為三個月內公立醫院或衛生署評定合格之醫院)或

警察局走失紀錄影本。

合格      不合格      說明：

審核 意見	承辦人		課長	
----------	-----	--	----	--

五、注意事項：

我已了解本手鍊的資料管理是由桃園市政府社會局委辦中華民國老人福利推動聯盟協助管理。

我已了解倘使用人身故、遷徙(含轉介)、連絡電話變更或身障手冊(證明)到期須重新鑑定者及手鍊遺失、損壞或停止使用者，為使社會福利資源有效運用及使用人名冊建檔之維護，會與市政府及委託單位聯繫，**倘經查核未確實通報，將被立即停止提供服務。**

我已領取預防走失愛的手鍊一條，編號為：\_\_\_\_\_。

我已領取相關失智症的宣導單張\_\_\_\_\_份。

具領人簽名：\_\_\_\_\_日期：      年      月      日