



財團法人天主教白永恩神父社會福利基金會

臺北市政府社會局委託辦理「士林社區居住家園」

服務簡介及申請說明

一、服務目的與理念：

提供一般化、社區式的居住生活環境，透過適當的支持、使用社區資源，讓智能障礙者在社區化的環境中學習與培養自立能力。

二、服務地點、方式及時間：

- (1) 服務地點：台北市士林區（天母）
- (2) 服務方式：視住民之需求安排支持者提供在社區生活中所需要的支持。
- (3) 服務時間：週一到週五下午 17:00 至隔天早上 09:00，週末不提供服務。

三、服務費用：

依社會局核定之標準收費，如下表：

身分 房型	一般戶 (100%自付)	中低收入戶 (80%自付)	低收入戶 (60%自付)
雙人房	3,000 元/月	2,400 元/月	1,800 元/月
單人房	3,500 元/月	2,800 元/月	2,100 元/月

- (1) 此服務費依社會局規定收取，並依法繳回社會局。
- (2) 此服務費並未包含個人相關用品與其他費用，如衣物、棉被枕頭、伙食費（本會僅供應服務期間之早、晚餐）、盥洗用品、醫療、休閒等，皆需自行負擔。

四、申請資格：

- (1) 18 歲以上，領有第一類（智能障礙類）身心障礙手冊之臺北市市民。
- (2) 必須有接受社區居住服務意願，並以有實際自立生活需求者為優先。
- (3) 必須有穩定之日間活動參與（如：就業中或有接受社區型日間作業設施），且有足夠或穩定之經濟來源可支付服務費用與個人各項開銷。
- (4) 健康與安全上不需要全天候的人力支持。
- (5) 經專業團隊評估後，適合於社區居住與生活者。

五、申請方式：

個人申請需填寫「社區居住服務申請表」，以 EMAIL、傳真或掛號郵寄等方式提出申請，若為單位轉介，請填寫「服務對象轉介 / 轉銜表」。收到資料後約 7 個工作天聯繫面談時間。

六、申請聯絡人及聯絡方式：

社工：林靜玟 / 電話：(02)2874-9917 分機 13 / 傳真：(02)2872-9011

E-mail：wen@beunen.org.tw

掛號郵寄地址：111 台北市士林區中山北路七段 124 巷 2 號 2 樓



財團法人天主教白永恩神父社會福利基金會
士林社區居住家園 服務申請表 (自行申請 / 家屬申請)

基本資料						
姓名		生日	年 月 日	申請日期	年 月 日	
身分證字號				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
聯絡方式	手機		電話			
戶籍地址	□□□					
聯絡地址	□□□					
教育程度	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> _____小學 <input type="checkbox"/> _____國中 <input type="checkbox"/> _____高中職 <input type="checkbox"/> _____大專/大學 <input type="checkbox"/> 不詳					
常用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他_____					
聯絡人			關係		聯絡方式	手機
					電話	
家庭狀況	主要照顧者姓名		關係		聯絡方式	手機
			年齡		電話	
	照顧狀況					
	<input type="checkbox"/> 與雙親同住 <input type="checkbox"/> 單親家庭(與 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母同住) <input type="checkbox"/> 雙親分居(與 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母同住) <input type="checkbox"/> 與親戚同住；關係：_____					
	<input type="checkbox"/> 其他：_____					
社會資源評估	1.身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 有(第_____類；程度：_____度) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 2.身心障礙者生活補助費：_____元 3.重大傷病卡： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(疾病名稱：_____) <input type="checkbox"/> 申請中(疾病名稱：_____) 4.其他社會福利身分： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 其他_____					
	5.以下資源使用情形： <input type="checkbox"/> 居家照顧服務 <input type="checkbox"/> 交通協助 <input type="checkbox"/> 臨托服務 <input type="checkbox"/> 日間照顧 <input type="checkbox"/> 全日型住宿機構 <input type="checkbox"/> 輔具補助_____					
	<input type="checkbox"/> 其他					

※本會為維護您個人資料之安全性，謹遵循「個人資料保護法」的規範，合法處理及使用，且負保密之責，敬請放心。

個案狀況

醫療資源 評估	就醫情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 神經內科 <input type="checkbox"/> 新陳代謝科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 復健科 <input type="checkbox"/> 腎臟科 <input type="checkbox"/> 其他_____) 用藥情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (請說明)： _____		
傳染疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 肺結核 <input type="checkbox"/> 其他_____		
輔具 使用概況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有： _____		
目前 生活狀況	<input type="checkbox"/> 在家 <input type="checkbox"/> 就學_____	往返家園 交通方式	<input type="checkbox"/> 自行往返(交通工具_____) <input type="checkbox"/> 家人接送 <input type="checkbox"/> 復康巴士 <input type="checkbox"/> 經由訓練自行往返
申請原因	<input type="checkbox"/> 追求自我獨立 <input type="checkbox"/> 居住在家，家人無力照顧 <input type="checkbox"/> 其他，請說明： _____		
入住期待說明：			
★若單位無服務缺額，是否願意等候(在 6 個月內): <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

※本會為維護您個人資料之安全性，謹遵循「個人資料保護法」的規範，合法處理及使用，且負保密之責，敬請放心。



財團法人天主教白永恩神父社會福利基金會

士林社區居住家園

服務對象轉介/轉銜表

基本資料						
轉介單位			轉介日期			
轉介者		與服務對象關係			主管	
聯絡資料	連絡電話	手機				
		電話				
	E-mail					
	連絡地址					
	傳真					
服務對象姓名				申請日期	年	月 日
身分證字號				性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
聯絡方式	手機			電話		
戶籍地址	□□□					
聯絡地址	□□□					
教育程度	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> ____小學 <input type="checkbox"/> ____國中 <input type="checkbox"/> ____高中職 <input type="checkbox"/> ____大專/大學 <input type="checkbox"/> 不詳					
常用語言	<input type="checkbox"/> 國語 <input type="checkbox"/> 閩南語 <input type="checkbox"/> 客語 <input type="checkbox"/> 其他_____					
聯絡人		關係		聯絡方式	手機	
					電話	
家庭狀況	主要照顧者姓名		關係		手機	
			年齡		電話	
	照顧狀況					
	<input type="checkbox"/> 與雙親同住 <input type="checkbox"/> 單親家庭(與 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母同住) <input type="checkbox"/> 雙親分居(與 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母同住) <input type="checkbox"/> 與親戚同住；關係：_____					
	<input type="checkbox"/> 其他：_____					
社會資源評估	1.身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 有(第_____類；程度:_____度) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 2.身心障礙者生活補助費：_____元					

家系生態圖	
轉介原因 詳細說明	

收件日期：

承辦人：

主管：