

好朋友居家職能治療所
台北市長期照顧專業服務同意書
(一式二份) ☐個案收執 ☐服務單位收執

個案 (先生/女士) (以下簡稱甲方) :

同意接受由台北市政府衛生局委託 好朋友居家職能治療所 (以下簡稱乙方) 之 ☐物理治療師
☐職能治療師 _____ 所提供之服務。甲方已充分了解各項服務項目與管理原則、收費標準、結案條件，並同意遵守，且在任何時間有權利終止接受乙方所提供之服務。若甲方已符合結案條件或出現違約行為，同意乙方終止服務。

壹、服務項目與管理原則：(每次服務時間約 30-50 分鐘)

1. ☐CA01 IADLs 復能照護-居家：3 次訪視(含評估)為 1 給(支)付單位。
2. ☐CA03 ADLs 復能照護-居家：3 次訪視(含評估)為 1 給(支)付單位。
3. ☐CB02 進食與吞嚥照護：6 次措施(含評估)為 1 給(支)付單位。
4. ☐CB03 困擾行為：3 次措施(含評估)為 1 給(支)付單位。
5. ☐CB04 臥床或長期活動受限照護：6 次措施(含評估)為 1 給(支)付單位。
6. ☐CC01 居家環境安全或無障礙空間規劃：2 次措施(含評估)為 1 給(支)付單位。

貳、收費標準：

項目 CA01、CA03、CB02、CB03、CB04：

☐低收入戶：免收費 ☐中低收入戶：75 元/次 ☐一般戶：240 元/次

項目 CC01：

☐低收入戶：免收費 ☐中低收入戶：50 元/次 ☐一般戶：100 元/次

參、結案條件：

若甲方接受服務後有下列任一情形者，乙方將終止提供服務：

- | | |
|--------------------|--------------|
| (1) 已達預定治療目標之個案 | (4) 達規定期限或次數 |
| (2) 個案拒絕或服務資格不符之個案 | (5) 個案無服務需求。 |
| (3) 個案或家屬無法積極配合服務 | (6) 其他_____ |

甲方 (立同意書人) :

代理人： 簽章 (與個案關係：)

住址：

身分證字號：

乙方：好朋友居家職能治療所

治療師： 簽章 聯絡電話：

中華民國 年 月 日

若有任何疑問及申訴，請聯絡 好朋友居家職能治療所

電話：(02)89136000 / 地址：台北市中山區撫順街 25 號 9 樓之 4 / 機構代碼：RY01100031