

長期照顧專業服務契約書

(一式二份) ☐個案收執 ☐服務單位收執

____先生/女士 (以下簡稱甲方) :

同意接受由 ☐臺北市 ☐新北市政府衛生局委託 沐晨職能治療所 (以下簡稱乙方) 所提供之服務。甲方已充分了解及同意遵守各項管理原則、服務項目、結案條件與配合方式, 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; 以下項目所提及之服務費用皆不包含交通費)

1. ☐CA01 IADLs 復能照護-居家:3 次訪視(含評估)為 1 給(支)付單位, 4,500 元。(1500)/次
2. ☐CA03 ADLs 復能照護-居家:3 次訪視(含評估)為 1 給(支)付單位, 4,500 元。(1500)/次
3. ☐CA05 社區適應-居家: 4 次措施(含評估)為 1 給(支)付單位, 6,000 元。(1500)/次
4. ☐CB02 進食與吞嚥照護: 6 次措施(含評估)為 1 給(支)付單位, 9,000 元。(1500)/次
5. ☐CB03 困擾行為:3 次措施(含評估)為 1 給(支)付單位, 4,500 元。(1500)/次
6. ☐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, 9,000 元。(1500)/次
7. ☐CB01 營養照護: 4 次措施(含評估)為 1 次給(支)付單位, 4000 元。(1000)/次
8. ☐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, 2,000 元。(1000)/次

貳、自付費用收費標準:

1. 服務費:

- 1) ☐服務項目第 1~6 項: ☐低收入戶(免收費) ☐中低收入戶(5%): 75 元/次
☐臺北市一般戶: 240 元/次 ☐新北市一般戶: 150 元/次
- 2) ☐服務項目第 7~8 項: ☐低收入戶(免收費) ☐中低收入戶(5%): 50 元
☐臺北市一般戶: 160 元/次 ☐新北市一般戶: 100 元/次

2. 其他: _____元 (例如活動材料費、副木製作/材料費等甲方同意自行支付之費用)

3. 服務次數超過當月政府補助額度時, 服務費全額自費, 依長照支付標準收取。

參、夜間/假日服務需求:

甲方因下述原因, 需要乙方提供 ☐夜間服務(AA08) / ☐例假日服務(AA09), 故須申請相關服務加給。原因: ☐照顧者平日要上班, ☐照顧者工作需要輪班, ☐家人希望特定時段一同學習,

☐配合個案生活作息, ☐其他:

肆、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並知會長照中心之照顧管理專員:

- | | |
|-----------------------|-------------|
| 1. 已達預定治療目標之個案 | 4. 達規定期限或次數 |
| 2. 個案/照顧者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: |

立同意書人(甲方):

代理人簽名: _____ (與個案關係: _____)

住址:

身分證字號:

乙方: 沐晨職能治療所

專業人員簽名: _____ (職稱: _____) 聯絡電話: _____

中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

若有任何疑問, 請聯絡沐晨職能治療所 (02)2633-3506