

臺中市政府社會局愛心手鍊申請表

★愛心手鍊編號：

使用人基本資料	姓名			性別		血型		
	生日	民前/國 月 日	年	身分證 字號			電話	
	地址							
	有走失之虞： <input type="checkbox"/> 精神障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 其他_____							
	是否領有身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				是否獨居： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
福利類別： <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶								
第一聯絡人	姓名			性別		關係		
	身分證字號			電話(H)				
	電話(0)			行動電話				
	通訊地址							
第二聯絡人	姓名			性別		關係		
	身分證字號			電話(H)				
	電話(0)			行動電話				
	通訊地址							
第三聯絡人	姓名			性別		關係		
	身分證字號			電話(H)				
	電話(0)			行動電話				
	通訊地址							

資料審核	<input type="checkbox"/> 1. 愛心手鍊申請書 <input type="checkbox"/> 2. 使用人及聯絡人身分證影本 3. 核對證明文件(請擇一檢附) <input type="checkbox"/> (1) 身心障礙證明影本, 障礙類別: 第一類, ICD 診斷欄註記【 】 <input type="checkbox"/> (2) 身心障礙證明影本(需符合智能障礙、精神疾病、自閉症、失智症等任一項) <input type="checkbox"/> (3) 醫師診斷證明書(三個月內公立醫院或衛生福利部評定合格之醫院) <input type="checkbox"/> (4) 警察局走失紀錄影本 <input type="checkbox"/> (5) 重大傷病卡影本(需符合智能障礙、精神障礙、自閉症、失智症等任一項) <input type="checkbox"/> (6) 失智評估量表(CDR)(須蓋有醫院大章) <input type="checkbox"/> (7) 其他 _____						
	備註: ICD 診斷欄註記需符合【6】【10】【11】【12】【13】等任一項。						
	領取日期	年 月 日		申請人	(簽章)		
	初審單位(公所承辦核章)			初審單位(公所主管核章)			
	<input type="checkbox"/> 已 mail 老人福利推動聯盟(old@missinggoldman.org.tw)。 <input type="checkbox"/> 已至社政資訊系統-愛心手鍊建立檔案及上傳附件。 承辦(簽章)_____						

個人資料蒐集/處理/利用同意書(必填)

依據「個人資料保護法」規定，取得您提供的個人資料，需告知下列事項，懇請您耐心閱讀：

- 1、目的：審核及使用愛心手鍊服務資格。
- 2、取得之內容：使用者、申請人、聯絡人姓名、身分證字號、聯絡方式.....等，詳如**申請表**。
- 3、運用個人資料之期間、對象及方式：
 - (1)期間：永久保存，以便持續提供社福資訊、關懷與服務。
 - (2)對象：中華民國各政府機關(構)或經政府委託之各團體、機構。
 - (3)方式：以電腦或非電腦利用之方式。
- 4、就您提供之個人資料，您本人得親自或書面行使下列權利：
 - (1)查詢、閱覽。
 - (2)請求補充或更正，惟依法請您提出釋明。
 - (3)請求停止蒐集、處理或運用，並可請求刪除。但另有法律規定者，得不依您的請求辦理。
- 5、**您可自由選擇是否提供個人資料，若您拒絕提供所需之個人資料或提供不完全時，本局即無法審核您所申請之補助或各項事宜，尚祈見諒。**
- 6、本告知內容如有修訂，請至臺中市政府社會局網站查閱，恕不另行通知。

經承辦人向本人告知上開事項，本人已清楚瞭解受託單位蒐集、處理或運用本人個人資料之目的及用途。

*** 申請人簽名：** _____

填表日期： _____年____月____日