

## 罕病安養協力家庭 歡迎您的加入～

長久以來，本會不斷朝向建構完整的「罕見疾病安養照顧服務網絡」而努力。除了陸續上路的罕病病友安養補助、到宅復健整合服務、安養機構轉介等服務方案之外，自 2008 年開始，更積極推展「罕病安養協力家庭試辦方案」作為建構完整安養照顧網絡階段性的先導計畫。

「罕病安養協力家庭試辦方案」乃是針對**罕病成年病友**，其家屬有照顧意願，但卻因為年齡、經濟或其他因素而無法提供病友全時間的妥善照顧，導致病友被迫面臨需要獨立生活，卻又無法自我照顧的窘境；或**單親需獨力照顧罕病病友**，具照顧與經濟壓力之家庭；或**有意願自主、與他人共同分享生活之病友**。本會基於病家彼此之間「互助」、「共享」，以及「自主管理」的精神，補助部分租屋津貼及部分照顧津貼，並協助改善無障礙居住環境，輔助同一或相近病類的罕病病友共同居住，藉由小家庭（約三名病友）的運作模式，配合家屬的輪流照顧、彼此扶持，幫助病友獲得妥善的照顧。

目前，第一個安養協力家庭已於 2009 年 2 月份在板橋正式上路，第二個北區協力家庭則是在 2011 年成立。今年，基金會廣徵、邀請有意願參與協力家庭的病友，向本會提出您的意願，經過基金會多方面的綜合評估後，進而決定合適的入住人選。(請見意願表)

- ◎ 若您認識、或者您本身符合**成年、無急迫醫療需求、生活功能尚可部分自理**，家屬有照顧意願但無法全時提供照顧或經濟困頓者；或是單親家庭，有照顧及經濟壓力者，有意願多瞭解此方案的運作以及參與方式者，歡迎您與本會北、中、南部的社工員聯繫。
- ◎ 因名額有限，提出意願書之病友或家屬，本會將做階段式的資格審查與篩選、媒合，謝謝
- ◎ 總會聯繫電話(02)2521-0717#123 劉專員、傳真(02)2567-3560，或請洽您所屬的社工員。
- ◎ 北、中、南地區有相關需求者均歡迎與我們聯繫。

# 財團法人罕見疾病基金會

## 安養協力家庭意願表

### 一、病友基本資料

姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
年齡		教育程度	
疾病名稱		病友編號	(不清楚的可空白)
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		
電話		手機	
電子信箱		職業別	
戶籍地址			
通訊地址			
身障手冊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	障礙類別：		
	障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重		
家庭狀況	父： <input type="checkbox"/> 歿 <input type="checkbox"/> 存，年齡_____	母： <input type="checkbox"/> 歿 <input type="checkbox"/> 存，年齡_____	
	職業 _____ 身體狀況_____	職業 _____ 身體狀況_____	
	兄： _____ 位，婚姻狀況_____	弟： _____ 位，婚姻狀況_____	
	職業_____	職業_____	
	姐： _____ 位，婚姻狀況_____	妹： _____ 位，婚姻狀況_____	
職業_____	職業_____		
子： _____ 位，年齡_____	女： _____ 位，年齡_____		
婚姻狀況_____ 職業_____	婚姻狀況_____ 職業_____		
家庭經濟主要提供者：			
<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兒子 <input type="checkbox"/> 女兒			
<input type="checkbox"/> 其他 (說明：_____)			
經濟來源：			
<input type="checkbox"/> 1.自己工作收入_____ (元/月)			
<input type="checkbox"/> 2.配偶供應_____ (元/月)			
<input type="checkbox"/> 3.父母供應_____ (元/月)			
<input type="checkbox"/> 4.兄弟姊妹供應_____ (元/月)			
<input type="checkbox"/> 5.子女供應_____ (元/月)			
<input type="checkbox"/> 6.政府社會福利補助_____ (元/月)			
<input type="checkbox"/> 低收補助、 <input type="checkbox"/> 身障津貼、身障年金、			
<input type="checkbox"/> 租屋津貼、 <input type="checkbox"/> 托育養護補助			
<input type="checkbox"/> 7.其他社福單位補助_____ (元/月)單位名稱_____			

	主要照顧者： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 兄弟姊妹 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 機構 <input type="checkbox"/> 其他（說明：_____）
加入協力家庭之動機與期待	（如對於協力家庭生活的預期期望、在協力家庭中的角色、希望在協力家庭中可獲得之協助等）

## 二、病友照護需求

進食方式	<input type="checkbox"/> 可自行進食 <input type="checkbox"/> 使用輔具下能自行進食 <input type="checkbox"/> 部分需他人協助餵食 <input type="checkbox"/> 完全需要他人協助餵食
溝通能力	1. 視力： <input type="checkbox"/> 清晰 <input type="checkbox"/> 模糊 <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> 其他（說明：_____） 2. 聽力： <input type="checkbox"/> 清晰 <input type="checkbox"/> 重聽 <input type="checkbox"/> 失聰 <input type="checkbox"/> 其他（說明：_____） 3. 說話： <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 僅可表達簡單句子 <input type="checkbox"/> 僅可表達零碎的字 <input type="checkbox"/> 無法言語
輔具使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 電動輪椅 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 氣墊床 <input type="checkbox"/> 抽痰機 <input type="checkbox"/> 氧氣筒/氧氣製造機 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 其他（說明：_____） <u>管路</u> <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 鼻餵管/胃造口 <input type="checkbox"/> 氣切
目前照顧情形 （可複選）	<input type="checkbox"/> 不需他人協助 <input type="checkbox"/> 家人照顧 <input type="checkbox"/> 外籍看護 <input type="checkbox"/> 本國看護 <input type="checkbox"/> 居家服務：_____（小時/月） <input type="checkbox"/> 個人助理：_____（小時/天或月，請註明） <input type="checkbox"/> 喘息服務：_____（請註明每年申請狀況）  主要照顧內容（如備餐、飲食、盥洗如廁、家務整理、夜間睡眠翻身等工作）：