**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　　年**  **月　　日** | | **身分證**  **字號** |  | | | | | | **電話** |  | | |
| **地址** |  | | | | | | | | | | | | |
| **有走失之虞：**□精神障礙 □智能障礙 □失智症 □自閉症 □其他 | | | | | | | | | | | | | |
| **是否領有身心障礙證明：**□是　□否 | | | | | **是否獨居：**□是　　　□否 | | | | | | | | |
| **福利類別：**□低收入戶　　□中低收入戶　　□一般戶 | | | | | | | | | | | | | |
| **第**  **一**  **聯**  **絡**  **人** | **姓名** | |  | | | | **性別** | |  | | **關係** | |  | |
| **身分證字號** | |  | | | | **電話(H)** | | |  | | | | |
| **電話(O)** | |  | | | | **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(O)** | |  | | | | **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(O)** | |  | | | | **行動電話** | | |  | | | | |
| **通訊地址** | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **資**  **料**  **審**  **核** | □1.愛心手鍊申請書  □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)  □(1)身心障礙證明影本，障礙類別：第一類，ICD診斷欄註記【 】  □(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)  □(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)  □(4)警察局走失紀錄影本  □(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)  □(6)失智評估量表(CDR)(須蓋有醫院大章)  □(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)** |  |
| □已mail老人福利推動聯盟**(old@missingoldman.org.tw)**。  □已mail社會局**(lulu9819@taichung.gov.tw)**。 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**