

臺北市政府社會局受理居家式、社區式或綜合式長期照顧服務機構 申請特約審查說明

109.08 社會局

110.05 社會局

110.09.28 奉核修訂自 110 年 10 月 1 日起實施

112.01.11 奉核修訂自 112 年 2 月 1 日起實施

壹、執行單位：臺北市政府社會局(以下稱本局)

貳、申請對象

- 一、經臺北市政府(以下稱本市)、新北市政府、基隆市政府核准設立居家式、社區式或提供居家服務或社區服務之綜合式長期照顧服務機構。
- 二、申請對象有下列情事之一者，不予受理：
 - (一)受停業處分，期間未屆滿。
 - (二)最近一次評鑑結果不合格或評鑑等第丙等以下。
 - (三)經本局通知暫停派案，期間未屆滿。
 - (四)申請文件不全或錯誤，未依本局所定期限補正。

參、申請方式

- 一、申請時間
當年度 1 月 1 日至當年度 12 月 31 日止。
- 二、應備文件
 - (一)申請表 1 份(如附件 1)。
 - (二)計畫書 1 式 2 份，計畫書撰寫內容如審查指標內容所示。
 - (三)主管機關核准長期照顧服務機構之服務區域含本市之證書影本 1 份(本市機構除外)。
 - (四)評鑑結果相關證明文件(設立未滿 2 年者除外)。

肆、審查方式

- 一、社區式或包括提供社區式服務之綜合式長照機構：
依審查指標審核申請對象提報之資料，主要採書面審查方式，必要時召開審查會議，本局將以書面通知審查結果。
- 二、居家式或包括提供居家式服務之綜合式長照機構：
 - (一)初次或經本局終止特約/解除特約期滿申請特約者：
 - 1.採審查會議方式辦理，依申請時間預計召開會議及通

知結果期程如下表：

收件期間	審查會議召開期間	審查結果通知
當年度 1 月 1 日至 2 月 28 日	3 月	4 月
3 月 1 日至 4 月 30 日	5 月	6 月
5 月 1 日至 6 月 30 日	7 月	8 月
7 月 1 日至 8 月 31 日	9 月	10 月
9 月 1 日至 10 月 31 日	11 月	12 月
11 月 1 日至 12 月 31 日	隔年 1 月	隔年 2 月

2. 審查會議程序：

(1) 組成審查小組：長期照顧相關領域專家學者 2 名及本局 1 名委員。

(2) 召開審查會議：

i. 申請對象依本局通知時間，由業務負責人報告申請特約之內容，另依審查小組意見現場答復。倘業務負責人因故無法報告，則須出具切結書經審查小組同意後，方可參加審查會議。

(二) 擴增居家服務特約區域申請：

依審查指標審核申請對象提報之資料，主要採書面審查方式，必要時召開審查會議，本局將以書面通知審查結果。

伍、審查原則

一、本局得視本市長期照顧服務需求情形，准駁特約申請、評估特約行政區及起迄日期。

二、申請居家服務特約/擴增行政區每次至多以 3 個行政區為限，每申請 1 行政區，須提供至少 3 名以上專職居家服務員名單。

三、審查指標：

面向	比重	審查內容
1. 服務理念	5%	申請特約緣由、服務規劃與服務理念之配合程度
2. 組織量能	10%	(1)組織健全性
		(2)組織財務狀況
		(3)過去服務績效(服務項目、受益人數、其他成果等)

面向	比重	審查內容
3. 服務規劃	35%	(1)服務人數、服務區域、服務流程及機制等規劃
		(2)服務規劃可行性與執行能力
		(3)服務人力配置與專業能力適當性
		(4)照顧服務員薪資條件及勞動權益保障機制
4. 服務品質	50%	(1)個案服務管理機制
		(2)服務對象權益保障及申訴處理流程
		(3)訓練及督導機制的適當性

四、審查小組分別依審查指標給分，總分平均達 80 分以上者，始同意特約，本局另以書面通知申請單位審查結果。

五、若本局受理申請時間案件達一定數量以上，得視實際執行情形分次召開審查會議，惟書面通知審查結果不晚於預定審查結果通知後 1 個月內。

陸、本說明相關書表格式由本局另訂之。

長期照顧服務機構籌設/設立/特約許可申請書

111.12.修

申請事由	<input type="checkbox"/> 籌設許可 <input type="checkbox"/> 設立許可 <input type="checkbox"/> 遷移(註1) <input type="checkbox"/> 特約申請 <input checked="" type="checkbox"/> 特約擴充區域申請		申請日期	年 月 日	
機構類型	<input type="checkbox"/> 居家式 <input type="checkbox"/> 社區式 <input type="checkbox"/> 機構住宿式 <input type="checkbox"/> 綜合式(<input type="checkbox"/> 居家式/ <input type="checkbox"/> 社區式/ <input type="checkbox"/> 機構住宿式)				
機構名稱(註2)			負責人(註3)		
機構性質	<input type="checkbox"/> 公立(註4) <input type="checkbox"/> 長照機構財團法人(註5) <input type="checkbox"/> 長照機構社團法人(註5) <input type="checkbox"/> 個人設立 <input type="checkbox"/> 財團法人附設 <input type="checkbox"/> 社團法人附設 <input type="checkbox"/> 團體附設 <input type="checkbox"/> 私立學校設立				
機構設立地點(或地號)			電話	()	
			傳真	()	
			電子郵件		
特約服務區域(可複選，非申請特約案者免填)	<input type="checkbox"/> 士林區 <input type="checkbox"/> 北投區 <input type="checkbox"/> 內湖區 <input type="checkbox"/> 南港區 <input type="checkbox"/> 信義區 <input type="checkbox"/> 松山區 <input type="checkbox"/> 大安區 <input type="checkbox"/> 文山區 <input type="checkbox"/> 中正區 <input type="checkbox"/> 萬華區 <input type="checkbox"/> 大同區 <input type="checkbox"/> 中山區				
申請人	屬性	<input type="checkbox"/> 政府機關：_____ <input type="checkbox"/> 法人：_____ <input type="checkbox"/> 商號：_____ <input type="checkbox"/> 團體：_____ <input type="checkbox"/> 個人 <input type="checkbox"/> 私立學校：_____		統一編號 (個人設立者免填)	
	姓名(註6)			國民身分證 統一編號	
	出生日期	年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	最近半年相片貼處 (註7)
	戶籍地址				
	通訊地址				
長期照顧服務內容	服務類型	服務項目			
	<input type="checkbox"/> 居家式	<input type="checkbox"/> 身體照顧服務、日常生活照顧服務		其他 (註9)	<input type="checkbox"/> 輔具服務(註10) <input type="checkbox"/> 餐飲及營養服務 <input type="checkbox"/> 緊急救援服務 <input type="checkbox"/> 醫事照護服務(限長照專業服務之復能服務項目)
		服務區域			

(註 8)	<input type="checkbox"/> 社區式	<input type="checkbox"/> 日間照顧	<input type="checkbox"/> 失能者服務____人 <input type="checkbox"/> 失智者服務____人 <input type="checkbox"/> 失能、失智混合服務____人
		<input type="checkbox"/> 家庭托顧____人	
		<input type="checkbox"/> 小規模多機能	<input type="checkbox"/> 失能者服務____人 <input type="checkbox"/> 失智者服務____人 <input type="checkbox"/> 失能、失智混合服務____人
			<input type="checkbox"/> 臨時住宿____床
	<input type="checkbox"/> 團體家屋____單元____人		
<input type="checkbox"/> 機構住宿式	<input type="checkbox"/> 全日型服務 合計____床	<input type="checkbox"/> 一般失能者____床 <input type="checkbox"/> 具行動能力之失智症者____床 <input type="checkbox"/> 管路、造瘻口、植物人、長期臥床(含重癱)者____床 <input type="checkbox"/> 呼吸器依賴者____床	
	<input type="checkbox"/> 夜間住宿服 務 合計____床	<input type="checkbox"/> 一般失能者____床 <input type="checkbox"/> 具行動能力之失智症者____床 <input type="checkbox"/> 管路、造瘻口、植物人、長期臥床(含重癱)者____床 <input type="checkbox"/> 呼吸器依賴者____床	
	服務對象是否包括以下對象： 1. 心智障礙者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 2. 慢性精神障礙者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 3. 未滿45歲之失能且領有身心障礙證明(手冊)者 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
檢附文件	一式2份，詳如附表(註11)		
備註			

申請人姓名：

簽蓋章

註1：僅適用居家式服務類長期照顧服務機構於同一行政區域內遷移(地址變更)，且不涉及其他登記事項變更者。

註2：長期照顧服務機構名稱訂定原則如下：

- 1 以自然人為申請人者，其名稱為：(○○縣/市)+私立+○○+居家長照機構/社區長照機構/住宿長照機構/綜合長照機構。
- 2 以法人或團體為申請人者，其名稱為：法人或團體名稱+(附設)+(○○縣/市)+私立+○○+居家長照機構/社區長照機構/住宿長照機構/綜合長照機構。
(註：若法人或團體設立一個以上同類型之長照機構，須加註特取名稱。)
- 3 以直轄市、縣市政府及其他政府機關/構(例如：本部醫院、公立醫院、公立學校等)為申請人者，其名稱為：政府機關/構名稱+(附設)+居家長照機構/社區長照機構/住宿長照機構/綜合長照機構。
- 4 以私立學校之校長為申請人者，其名稱為：私立學校名稱+(附設)+(○○縣/市)+私立+○○+居家長照機構/社區長照機構/綜合長照機構。

註3：長期照顧服務機構之負責人如下：

- 1 公立機構、個人設立、團體附設：申請人。
- 2 長照機構財團法人附設、長照機構社團法人附設、財團法人附設、社團法人附設：法人之代表人。
- 3 高級中等以上學校依私立學校法相關規定設立：校長。

註4：公立長照機構，指由政府機關或公法人設立之長照機構。

註5：為長期照顧服務法第二十一條機構住宿式服務類長照機構、設有機構住宿式服

務之綜合式服務類或其他經中央主管機關公告之服務類長照機構，其申請人為長期照顧服務機構法人條例所稱之長照機構財團法人及長照機構社團法人。
註 6：以政府機關、(公)法人或團體為申請人者，請填該政府機關、(公)法人或團體之代表人。

註 7：適用申請家庭托顧服務者。

註 8：服務內容依長期照顧服務機構類型勾選，說明如下：

1 居家式服務類長期照顧服務機構勾選服務方式-居家式長期照顧服務，及其服務項目與規模。

2 社區式服務類長期照顧服務機構勾選服務方式-社區式長期照顧服務，及其服務項目與規模。

3 機構住宿式服務類長期照顧服務機構勾選服務方式-機構住宿式長期照顧服務，及其服務項目與規模。

4 綜合式服務類長期照顧服務機構勾選 2 種以上服務方式，及其服務項目與規模。

註 9：其他服務亦須符合長期照顧服務機構設立標準之規定。

註 10：輔具服務指協助長照需要者輔具諮詢、取得、使用訓練等服務。

註 11：主管機關得視需要，命申請人就所附文件、資料繳驗其正本。

註 12：主管機關就本申請書內容，得依實際作業需要，自行調整運用。