

(民)表 1 申請聘僱外籍看護工基本資料傳遞單

申請日期： 年 月 日

※粗框欄內資料應由申請人填寫

申請人姓名		身分證字號									
申請人聯絡電話(不得為仲介電話)	日間電話：	申請人通訊地址：									
	行動電話：	被看護者現居地址：									
被看護者姓名		身分證字號									
被看護者生日	年 月 日	關係									

醫院名稱：

醫院承辦人(聯絡人)及電話：

※外國人行蹤不明申請遞補者，免辦理專業評估

評估結果	完成評估日期	年 月 日
<input type="checkbox"/> x. 被看護者年齡未滿 80 歲，有全日照護需要 <input type="checkbox"/> y. 被看護者年齡滿 80 歲以上未滿 85 歲，有嚴重依賴照護需要或全日照護需要 <input type="checkbox"/> w. 被看護者年齡滿 85 歲以上，有輕度以上依賴照護需要 <input type="checkbox"/> z. 巴氏量表 0 分且於 6 個月內病情無法改善 <input type="checkbox"/> b. 被看護者不符合上述四項評估結果 <input type="checkbox"/> c. 目前無法判斷	(醫院圖記)	醫療團隊章： (至少 2 人) 院長章：

長期照顧管理中心名稱：

收件日期	年 月 日	不須評估： <input type="checkbox"/> d. 被看護者曾於 年 月 日 (60 日內) 完成評估，且評估結果符合申請外籍看護工條件，不須重複評估 <input type="checkbox"/> e. 被看護者具有特定身心障礙重度以上等級項目之一 項目： 等級： 重新鑑定日期： <input type="checkbox"/> f. 被看護者現為 80 歲以上，曾經評估認定有嚴重依賴或全日照護需要，或 85 歲以上曾經評估認定有輕度以上依賴照護需要，申請重新招募外籍看護工者 <input type="checkbox"/> g. 被看護者曾經評估認定有全日照護需要，且為腦性麻痺明顯生活功能不良、脊髓損傷致明顯生活功能受損或截肢併明顯生活功能受損等病症，申請重新招募外籍看護工者 <input type="checkbox"/> h. 被看護者曾經評估認定有全日照護需要，且持有全癱無法自行下床、需 24 小時使用呼吸器或維生設備、植物人相關證明，申請重新招募外籍看護工者
------	-------	--

推介日期	第 1 次推介： 年 月 日	第 2 次推介： 年 月 日
------	----------------	----------------

推介結果	<input type="checkbox"/> a. 申請接續聘僱外國人或變更被看護者，僅介紹照顧服務資源	
	<input type="checkbox"/> b. 接受衛生福利部國內居家照顧服務補助	
	<input type="checkbox"/> c. 接受長照中心推介之本國照顧服務員	
	<input type="checkbox"/> d. 長照中心 2 次均無人選可推介	
	<input type="checkbox"/> e. 已推介 ___ 名本國照顧服務員，但因下列理由未僱用： 1. 求職者認為工作地點太遠 2. 求職者已另行就業 3. 求職者未依約前往面試 4. 求職者自願放棄工作機會 5. 求職者自認體能無法勝任 6. 求職者要求薪資超過 3 萬至 3 萬 5 標準 7. 求職者不願從事 24 小時看護工作 8. 雇主要求求職者從事看護以外之工作 9. 其他(請具體詳述原因)	
	求職者 1 理由：	求職者 2 理由：
求職者 4 理由：	求職者 5 理由：	求職者 6 理由：
<input type="checkbox"/> f. 其他註記：		

長照中心戳記	主任(或課長、督導)章：	承辦人：	聯絡電話：
--------	--------------	------	-------