

〈서식1-①〉 재가돌봄서비스 이용 신청서(서비스 대상자용)

제공기관 정보					
기관명			담당자		
연락처			비상연락처		
서비스 대상자 정보					
대상자명		성별	남/여	생년월일	
연락처		신청자 및 보호자 연락처(관계)	1.		
			2.		
			3.		
주소					
연령대	<input type="checkbox"/> 65세 이상 <input type="checkbox"/> 50세~64세 <input type="checkbox"/> 50세 이하				
장기요양등급	<input type="checkbox"/> 1등급 <input type="checkbox"/> 2등급 <input type="checkbox"/> 3등급 <input type="checkbox"/> 4등급 <input type="checkbox"/> 5등급 <input type="checkbox"/> 인지지원				
지원수준	<input type="checkbox"/> 중위소득(100% 이하)-본인부담금 없음 <input type="checkbox"/> 중위소득(100%초과~120% 이하)-본인부담금 15%				
서비스 제공 의뢰 내용					
※ 아래 제공 기간 및 시간, 금액은 대략적인 예상치로, 서비스 제공 이후 결과보고서에 상세 기록					
서비스 제공 기간			제공 시간 (총 이용시간)		
서비스 신청 사유	(증빙서류 제출: <input type="checkbox"/> 유 <input type="checkbox"/> 무)				
예상 금액			본인부담금		
누적 이용 시간					
기타 (유의사항 및 요청사항)					

치매가족지원센터는 해당 대상자에 대해 위와 같이 서비스 제공을 귀 기관에 신청합니다.

의료일: 2023년 일 일

신청인: (서명 또는 인)

담당자: (서명 또는 인)

치매어르신 재가돌봄서비스 이용 동의서

대상자명		연락처	
신청자명(관계)		연락처	
주소			
신청일자		신청사유	

- 치매어르신 재가돌봄서비스는 치매어르신을 부양하는 가족의 돌봄부담 경감을 위한 사업으로서, **1인당 연간 이용 한도가 제한되어 있으며 한시적인 서비스를 제공합니다.**

☐ 동의합니다
- 서비스 신청 후 제공기관이 연계되면 이용계약 후 서비스를 제공합니다.

☐ 동의합니다
- 상황에 따라 치매어르신 재가돌봄서비스가 연계되지 않을 수 있으며, 그러한 경우 이용자 상황에 보다 적합한 제도나 서비스를 안내해드리는 조치를 할 수도 있습니다.

☐ 동의합니다
- 원활한 서비스 진행을 위해 이용자의 기본적인 정보가 서비스 제공기관에 전달됩니다.

☐ 동의합니다
- 이용금액 지원대상 조사 결과에 따라 **이용자에게 서비스 비용이 청구될** 수 있습니다.

 - 중위소득(100% 이하): 본인부담금 없음 ☐ 동의합니다
 - 중위소득(100%초과~120% 이하): 본인부담금 15%
- 서비스 제공 중 발생한 사고에 대해서는 3천만원 이내 보상만 가능합니다.

☐ 동의합니다
- 업무범위는 이용자 본인의 신체활동 지원과 일상적 가사 지원에 한하며, 과도한 업무(대청소 등)는 불가합니다.

☐ 동의합니다
- 서비스 제공기관과의 서비스 이용 관련 계약 이후, 사전 연락없이 예정된 일정에 자택에 부재하거나 약속 장소에 나타나지 않는 경우, 이용금액이 일정 부과되어 연간 이용 한도에서 소진됩니다.

☐ 동의합니다

- 서비스를 제공하는 인력은 자치구와 업무협약을 맺은 서비스 제공기관에 소속된 전문인력입니다. 인격존중과 상호 신뢰원칙하에 호칭, 언행, 신체접촉(성추행, 성폭력, 업무 중 괴롭힘 등)과 업무 요구 수준 등에 유의해주시요.

이러한 문제 발생 시 서비스 제공이 즉시 중단될 수 있습니다.

☐ 동의합니다

☐ **주요 확인 사항에 전체 동의합니다(미동의 시 서비스 연계 불가)**

상기 본인은 치매어르신 재가돌봄서비스 특성 및 유의 사항에 대해서 안내 받고,
서비스 이용을 희망합니다.

신청일: 2023년 월 일

신청자: (서명 또는 인)

(대상자와의 관계:)