

臺北市政府社會局委託財團法人中華民國自閉症基金會管理 臺北市湖元社區居住家園

服務簡介與申請說明

臺北市湖元社區居住家園於舊宗社宅大樓3樓，為臺北市社會局委託管理場域，期待藉由本會提供心智障礙者專業個別化支持，實踐社區居住服務理念，以建立生活自立能力為目標，進而成功回歸社區獨立生活，擁有居住平等與社會融合之權利。

一、申請資格：

凡符合下列條件之心智障礙成人

1. 年滿18歲以上，須設籍於臺北市
2. 領有身心障礙手冊，障別為自閉症、智能障礙或併有以上障礙類別之多重障礙者。
3. 必須有接受社區居住服務意願，實際具有社區居住與生活需求者。
4. 日間須於其他單位接受生活訓練、教育訓練或就業服務等，有足夠或穩定經濟支援支付服務費用與個人各項開銷，且夜間未安置於機構者。
5. 經本會專業團隊評估後，適合訓練獨立居住與生活者。

二、服務地點、時間、人數：

1. 服務地點：臺北市內湖區舊宗路一段185號3樓
2. 服務時間：週一到週五，下午4時至隔日上午8時。
3. 服務人數：每戶6人，共計18人。

三、收費標準：

每人每月收費標準詳如下表：

身分別 房型	一般戶 (100%自付)	中低收入戶 (80%自付)	低收入戶 (60%自付)
單人房	3500 元/月	2800 元/月	2100 元/月
雙人房	3000 元/月	2400 元/月	1800 元/月

1. 該服務費依社會局規定收費並依規定全數繳回社會局。
2. 該服務費未含生活費用，包含個人相關用品與其他費用，如伙食、醫療、休閒活動等，其日常生活支出需自行負擔。

四、 服務內容：

1. 日常生活活動支持：支持日常生活起居，培養其獨立家務處理、飲食烹調、財務管理、健康安全等能力，提升個人生活自理與自我照顧能力。
2. 休閒生活與社區參與：支持及訓練自行參與社區休閒娛樂及社團活動，增加服務使用者對於社區資源及大眾交通工具之認識與運用，並能與社區鄰里友善互動。
3. 健康管理服務：提供健康照顧，行為、情緒及身心調適等服務。
4. 權益與維護：提供選擇與自我決策之機會，增進生活常識、人身安全、生涯發展、自我倡議等。
5. 強化親職功能：提供家庭支持服務，包含心理支持、社會福利諮詢、資源連結及轉介、親職教育等。

五、 申請方式：

詳填表單且附身障證明影本，以 E-mail、掛號郵寄等方式申請，收到資料後約 7 個工作天聯繫面談評估時間。

(1)個人申請者請填寫「社區居住服務申請表」

(2)單位轉介者需填寫「社區居住服務申請表」含「服務對象轉介/轉銜表」

六、 服務申請流程

填寫申請表單→資格初審→面談諮詢與試住評估→符合入住者簽訂試住同意書
(二~三週，視情況至多延長為一個月)→試住評量→簽訂服務契約→正式入住

七、 候缺機制

在額滿的狀況下，符合初審資格之申請者，依申請者意願列入候缺名單，並協助連結資源。有名額時再聯繫進行試住評估。多人候缺時以低收入戶者及迫切需求者為優先。

八、 聯絡方式

聯絡人：蔣育樺社工

電話：02-2832-3020 | 傳真：02-2832-5286 | E-mail：514@fact.org.tw

郵寄地址：111079 臺北市士林區中山北路五段 841 號 4 樓之 2

臺北市政府社會局委託財團法人中華民國自閉症基金會管理

臺北市湖元社區居住家園

社區居住服務申請表

113.07 修訂

基本資料					
姓名		申請日期	民國 年 月 日	填表人	本人 / 家屬
身分證字號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	民國 年 月 日
主要聯絡人			與申請者之關係		
聯絡電話	(家)	(公)	(手機)		
戶籍地址	郵遞區號 縣/市 鄉/鎮/市/區 里/村 鄰 街/路 段 巷 弄 號 樓之				
聯絡地址 <input type="checkbox"/> 同上	郵遞區號 縣/市 鄉/鎮/市/區 里/村 鄰 街/路 段 巷 弄 號 樓之				
目前生活狀況	<input type="checkbox"/> 在家 <input type="checkbox"/> 就學 <input type="checkbox"/> 日托機構 <input type="checkbox"/> 工作單位：_____				
教育程度	<input type="checkbox"/> 未就學 <input type="checkbox"/> _____小學 <input type="checkbox"/> _____國中 <input type="checkbox"/> _____高中/高職 _____科 <input type="checkbox"/> _____大專/大學 _____系 <input type="checkbox"/> 其他，_____				
家庭狀況	<input type="checkbox"/> 與雙親同住 <input type="checkbox"/> 單親/分居家庭(與父/母親同住) <input type="checkbox"/> 與親戚同住：_____ 其他：_____				
社福資源使用	1. 身心障礙證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有，第_____類，障礙程度： 2. 社會福利身分： <input type="checkbox"/> 一般戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 低收入戶 3. 資源使用情形： <input type="checkbox"/> 畢業後在家照顧 <input type="checkbox"/> 日間型社福機構： <input type="checkbox"/> 夜間型社福機構/社區居住家園： <input type="checkbox"/> 全日型社福機構： <input type="checkbox"/> 小作所/社區式日照/失能日照： <input type="checkbox"/> 家資/個管/輔具中心服務： <input type="checkbox"/> 其他，請說明：				

醫療資源使用	1. 就醫情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明： 2. 用藥情形： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，請說明：				
申請動機(可複選)	<input type="checkbox"/> 尚無適合居住場所 <input type="checkbox"/> 居住在家，家人無力照顧 <input type="checkbox"/> 培養獨立生活能力 <input type="checkbox"/> 其他：				
入住期待說明	對服務的期待(可複選) <input type="checkbox"/> 提升日常家務處理能力 <input type="checkbox"/> 提升自我照顧能力 <input type="checkbox"/> 增加人際互動機會與社會參與 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：				
服務對象轉介/轉銜表					
轉介/轉銜單位		轉介/轉銜日期	民國 年 月 日		
轉介/轉銜者		職稱			
聯絡資訊	單位電話：		手機：		
	E-mail：				
	地址：				
家系生態圖					
轉銜原因(請詳述)					
申請資料審核結果	<input type="checkbox"/> 符合入住資格，通知申請者面談，進行入住評估 <input type="checkbox"/> 符合入住資格，額滿列入候補名單，等候通知 <input type="checkbox"/> 符合入住資格，額滿不列入候補名單，原因： <input type="checkbox"/> 不符合入住資格，原因：				
收件日期		承辦人		督導	