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，期待藉由本會以社區式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。

1. **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，經需求評估有居住社區需求者
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。
6. **服務地點、時間、人數：**
7. 服務地點：湖元社區居住家園

臺北市內湖區舊宗路一段185號3樓(A戶- 3樓 / B戶-3樓之1 / C戶-3樓之2)

1. 服務時間：週一到週五，下午4時至隔日上午8時。
2. 服務人數：每戶6人，共計18人。
3. **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。
3. **服務內容：**
4. 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。
5. 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。
6. 健康管理服務：提供健康照顧，行為、情緒及身心調適等服務。
7. 日間服務資源連結：連結日間服務資源、就業協助、協助穩定就業。
8. 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。
9. 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。
10. **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」

1. **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

1. **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。

1. **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](mailto: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** | | □男 □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**  □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** | □在家 □就學 □日托機構 □工作單位： | | | | | | | | | | | |
| **教育程度** | □未就學 □ 小學 □ 國中  □ 高中/高職 科  □ 大專/大學 系  □其他，\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | |
| **家庭狀況** | □與雙親同住 □單親/分居家庭(與 父 / 母 親同住)  □與親戚同住： 其他： | | | | | | | | | | | |
| **社福資源**  **使用** | 1. 身心障礙證明：□無 □申請中 □有，第 類，障礙程度： 2. 社會福利身分：□一般戶 □中低收入戶 □低收入戶 3. 資源使用情形：   □畢業後在家照顧 □日間型社福機構：  □夜間型社福機構/社區居住家園：  □全日型社福機構：  □小作所/社區式日照/失能日照：  □家資/個管/輔具中心服務：  □其他，請說明： | | | | | | | | | | | |
| **醫療資源**  **使用** | 1. 就醫情形：□無 □有，請說明： 2. 用藥情形：□無 □有，請說明： | | | | | | | | | | | |
| **申請動機**  **(可複選)** | □尚無適合居住場所 □居住在家，家人無力照顧 □培養獨立生活能力  □其他： | | | | | | | | | | | |
| **入住期待**  **說明** | 對服務的期待(可複選)  □提升日常家務處理能力 □提升自我照顧能力 □增加人際互動機會與社會參與  □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** | □符合入住資格，通知申請者面談，進行入住評估  □符合入住資格，額滿列入候補名單，等候通知  □符合入住資格，額滿不列入候補名單，原因：  □不符合入住資格，原因: | | | | | | | | | | | |
| **收件日期** |  | | 承辦人 | |  | | | 督導 | |  | | |