

# 身心障礙者緊急救援系統說明書

為保障生活自理困難且無求救能力之身心障礙者，在生命安全危急時，可以有緊急向外求助之管道，臺北市政府社會局規劃補助「身心障礙者緊急救援系統」，提供 24 小時聯絡中心的整合性服務系統，結合民間資源提供迅速又可靠的緊急救援與保護，以維護身心障礙者人身安全。

## 一、服務對象：

(一) 未滿 65 歲，設籍且實際居住本市，領有本市核(換)發之身心障礙證明或身心障礙手冊，且同時符合下列 4 項資格：

- 1、單獨居住或同住家屬無照顧能力者。
- 2、未接受機構 24 小時安置且未聘用看護(傭)者。

(看護(傭)逃跑期間，雇主得依就業服務法第 56 條規定，通報移民署專勤隊、勞動部、本市勞動力重建運用處，可請勞動部提供「廢止聘僱許可函」或取得仲介開立之契約關係終止證明，方可視同獨居)

- 3、缺乏生活自理及求救能力，經本局評估有使用此系統之需求者。
- 4、服務對象意識清楚，可配合操作該系統。

(註：身心障礙者若不符合前 4 項資格，惟經本局評估確有使用此系統之需求，亦得申請裝設。)

(二) 服務對象不含已聘顧看護(傭)者、不能配合不活動偵測監控者或經本局評估不適合使用本系統者。

## 二、應備申請文件：

- 1、使用者之身分證正、反面影本各 1 份。
- 2、使用者之身心障礙證明(或手冊)正、反面影本各 1 份。
- 3、申請表及切結證明(附件二)(請逕向臺北市身心障礙者福利會館索取或自臺北市政府社會局網站 [www.dosw.tcg.gov.tw](http://www.dosw.tcg.gov.tw) 下載，首頁>身心障礙者服務>身心障礙福利會館>身心障礙者緊急救援系統)。

## 三、申請及審查方式：

(一) 民眾自行申請：請將申請表及應備文件備妥，以親洽、郵寄或傳真方式送臺北市身心障礙福利會館(身心障礙者需求評估中心)進行審查。

(二) 資源單位協助轉介：請備妥申請表、應備文件及個案摘要，以親洽、郵寄或傳真方式送臺北市身心障礙福利會館(身心障礙者需求評估中心)進行審查。

(三)審查方式；符合服務對象，申請文件資料清楚完整，如為民眾親自送件，須另以電訪或家訪評估了解。

#### 四、服務內容：(需自備室內電話線)

1. 全天候救護車緊急救護通報。
2. 全天候緊急事件聯絡人之通知。
3. 定時報安提醒。
4. 每日系統自動檢測功能，異常時主動查修。
5. 外出/返家訊息登錄，確保身心障礙者去向。
6. 每週電話關懷問安、每月居家訪視。
7. 社會福利問題諮詢與轉介。
8. 若手部肌力不足可申請「加大型」緊急救援系統按鈕。
9. 提供「防跌倒偵測墊」，有需要者亦可申請安裝使用。

#### 五、使用說明：

緊急通報按鈕製作成手錶或項鍊，當緊急狀況時，使用者按下緊急通報按鈕，求救訊號以無線方式傳至家中主機進而聯繫至遠端通報中心，主機基本上是依據對講機式電話，使用者透過主機可與遠端通報中心服務人員 24 小時直接聯繫做後置緊急救援系統(如需救援，服務人員將協助聯絡緊急聯絡人或警消單位)。

#### 六、洽辦單位：

◎ 臺北市身心障礙福利會館

電話：(02) 2511-2895

傳真：(02) 2511-2196

地址：10444 臺北市中山區長安西路 5 巷 2 號 3 樓(身心障礙者需求評估中心)

# 臺北市政府社會局

## 身心障礙者「緊急救援系統」服務申請表

為保障生活自理困難且無求救能力之身心障礙者，在生命安全危急時，可以有緊急向外求助之管道，本局特別提供「緊急救援系統服務」，以維護身心障礙者人身安全。

申請人姓名：\_\_\_\_\_，與使用人之關係：\_\_\_\_\_

申請日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

### 一、使用人基本資料：

登錄日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

姓名		性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	血型：
出生日期	_____年_____月_____日	身分證字號	
居住地址			
連絡電話(手機)		連絡電話(家用)	

### 二、使用人福利資格概況：

身 分 別	<input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 一般戶 服務對象：不含不配合不活動狀況偵測監控者及經評估不適合使用本系統者。】
身心障礙程度	障別：_____（如多重障請註明障礙類別） 或新制身心障礙證明之 ICD 診斷碼_____。
程 度	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度
輔具使用狀況	<input type="checkbox"/> 無使用輔具 <input type="checkbox"/> 有使用輔具，請述明_____
是否有特殊需求	<input type="checkbox"/> 手部肌肉無力 <input type="checkbox"/> 無法以電話溝通 <input type="checkbox"/> 其他，請述明_____
是否獨居： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否聘用外籍看護(傭)： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 (申請資格為未聘有外籍看護，如有特殊狀況請先來電詢問)

### 三、使用人疾病史：

疾病： <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> 氣喘 <input type="checkbox"/> 其他
--

疾病之急救措施：

1. 固定服用之藥物名稱：無 有(藥名：\_\_\_\_\_)
2. 經常就醫醫院：無有，(醫院名稱：\_\_\_\_\_)
3. 其他急救措施：\_\_\_\_\_

#### 四、使用人之緊急連絡人(需填寫至少 2 名)：

聯絡人(一) 姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係	
電話(O)		電話(H)			
手機					
通訊地址					

聯絡人(二) 姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	關係	
電話(O)		電話(H)			
手機					
通訊地址					

#### 五、使用人之身分證正反面影本：(請將影本貼上)

使用人 身分證正面	使用人 身分證反面

( 請接下頁繼續填寫 )

使用人 身心障礙手冊/證明正面	使用人 身心障礙手冊/證明反面

### 六、切結證明

我聲明並閱讀了解申請表各節，同時證明在申請表內所填各項資料均為事實無誤，如有虛報發現將取消此補助。

(如為代填，請代填人須將表內事項詳告申請人)

申請人簽名：

代填人簽名：

感謝您填寫完畢，請將申請表件郵寄、傳真或親送至

【臺北市社會局身心障礙福利會館】

地址：10444 臺北市中山區長安西路5巷2號3樓(身心障礙者需求評估中心)

電話：(02) 2511-2895

傳真：(02) 2511-2196

※本局承辦人收到表件後，將進行審查作業(電話訪視或家庭訪視)  
通過與否將以公文通知，謝謝

承辦人：

督導：