連江縣身心障礙者復康巴士服務要點

 92.11.05身心障礙權益保障委員會核定通過 。

 108.06.28身心障礙權益保障委員會108上半年會議核定通過社會參與服務提 。

 109.04.10府授衛字第1090014081號函，增訂社會參與定義、新增各鄉衛生所

 為服務提供單位。

 110.10.26府授衛字第1100044678號函

一、依據:依「身心障礙者個人照顧服務辦法」第73條至第77條規定辦理。

二、主辦單位:連江縣衛生福利局

三、服務提供單位:1.就醫: 南竿鄉由連江縣立醫院提供，其他鄉由各衛生所協辦。

 2.社會參與: 南竿鄉由大同之家提供，其他鄉由各衛生所協辦。

四、服務範圍：連江縣全區

五、服務時間：1.一般時段-每週一至週五8:00-12:00、13:30-17:30。

 2.特殊時段-夜間服務至21:00時止，國定假日及例假日亦同。

 (以上服務時段須配合服務單位接送能力，確保人員出勤時間符合勞

 動基準法相關規定) 。

六、服務對象：領有本縣效期內之身心障礙證明(或手冊)者優先，並需符合下列要件:

 (一)就醫：

（1）中度以上多重障礙(且障礙類別需合併有肢體障礙-下肢) 。

（2）中度以上下肢體障礙。

（3）中度以上視障且行動不便者。

（4）居家護理列管個案(依連江縣立醫院及各衛生所規定辦理)。

 (5) 其他中度障別與障礙等級且需行動輔具(輪椅或拐杖、助行器等)協

助之身心障礙者，需經衛生福利局專案核准。

 (6) 領有外縣市身心障礙證明或手冊，行動不便且就醫需行動輔具(輪椅

 或雙拐拐杖、助行器等)協助者，需經衛生福利局專案核准。

 (二)社會參與活動

（1）中度以上多重障礙(且障礙類別需合併有肢體障礙-下肢) 。

（2）中度以上下肢體障礙。

（3）中度視障且行動不便者。

（4）其他障別及障礙程度外出需行動輔具(輪椅或雙拐)協助者，

 需經衛生福利局專案核准。

 (5) 至本縣洽公或進行公益參訪活動等外縣市有行動不便且需輔具(輪

 椅或雙拐)協助，確有復康巴士需求之身心障礙者，需經衛生福利局

 專案核准。

七、服務項目：1.就醫交通接送優先

 2.社會參與活動:

 (1)參加本縣境內舉辦之講座、宣導活動、民俗活動等。

 (2)參加政府舉辦之選舉投票。

 (3)其他社會參與活動，但需事先經衛生福利局與提供單位協調並

 專案核准。

八、服務方式：1.為合理有效分配公共資源及資源共享，本服務以共乘為原則。

 2.預約或臨時訂車，每人每日僅可訂往返各一趟次。

 3.本服務僅提供身心障礙者交通接送，駕駛不提供陪同服務，請乘客

 評估自身狀況，如遇身體不適請告知駕駛並請家屬陪同。

九、申請方式：搭乘日前七日內洽下列單位預約
十、受理預約時間：每週一至週五8:00-12:00、13:30-17:30

十一、預約專線：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 連江縣立醫院(就醫) | 0836-25114分機1317 | 陳先生 |
| 連江縣大同之家(社會參與) | 0836-22033 | 池先生 |
| 北竿鄉衛生所 | 0836-55592 | 陳小姐 |
| 東莒衛生所 | 0836-89038 | 蘇先生 |
| 西莒衛生所 | 0836-89122 | 陳先生 |
| 東引鄉衛生所 | 0836-76378 | 林小姐 |
| 衛生福利局-夜間或國定假日派車專案核定 | 0836-25022分機306 | 劉先生 |

十二、預約訂車注意事項：
 1.初次申請預約需向服務提供單位填報申請表書並檢附身障證明影本，若有變更用

 途者，須重新填具申請表。

 2.告知用途、身障者姓名、住址、身份證字號、出生年月日、連絡電話

 3.用車日期、時間，出車及抵達地點

 4.告知陪同人員(限1-2人)

 5.完成訂車

 6.用車時段在夜間或國定假日，請提早於上班時段洽衛生福利局預約

十三、乘車等候：乘車人員應提早5分鐘至乘車地點等候，若於預約10分鐘後乘客

 仍未抵達約定地點，視同放棄該趟服務，駕駛員向服務單位回報後

 離開。

十四、服務取消：預約後若因故需取消服務，最遲應於用車前1日17:30前，逕

 洽上開目的用途之預約專線取消。

十五、有關服務申請細部流程、作業須知等，得由服務提供單位視實際運作情形彈性

 訂定、調整，並函知衛生福利局核備後實施。

十六、有關社會參與用途申請表、申請流程(含申訴及意見反饋電話)如附件1、2，

 就醫用途相關申請程序，依連江縣立醫院及各衛生所現行規範辦理。

十七、本要點奉核定後實施，修正時亦同。

附件1-連江縣身心障礙小型復康巴士申請表(初次申請需填報)

申請時間︰ 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 搭乘者姓名 |  | 性別 | □男 □女 |
| 身分證字號 |  | 出生年月日 | 年 月 日 |
| 聯絡電話 |  | 是否乘坐輪椅 | □是 □否 |
| 自備輪椅款式 | □一般 □特製 □電動 |
| 身心障礙類別 |  | 身心障礙等級 | □極重度 □重度□中度□輕度 |
| 是否申請稅務局免徵牌照稅 | □是□否 |
| 居住地址 |  | 陪同人員 | □意識清楚可自行操作輪 椅，不需陪同人員□需有陪同人員(限1-2人)  |
| 戶籍地址 | □同上 |
| 緊急聯絡人 |  | 關係 |  | 聯絡電話 |  |
| 檢附資料 | □身心障礙手冊(證明)正反面影本  |
| 申請人簽章 | 申請人(□身障者本人或□受委託人)已確實知悉下列宣導及切結事項:1.本服務目前免費提供，請提前7天申請。2.申請人已獲得身心障礙者本人同意，提出申請**申請人簽章：**  |
| 起訖地點 | □家中至就醫地點□家中至社會參與活動地點□其他(請敘明):  |
| 申請派車時間 | 預計派車時間□平日時段 年 月 日 時至 時 □夜間、例假日及國定假日 年 月 日 時至 時 |
| 申請用途 | □(1)就醫 □(2)參加本縣境內舉辦之講座、宣導活動、民俗活動等。□(3)參加選舉投票。□(4)其他社會參與活動，但需事先經衛生福利局與提供單位協調並專案核准。 |
| 服務單位初審 | □經查屬實，同意派車至指定地點  接送提供服務審核。□不符合規定。承辦人：單位主管： | 衛生福利局複審 | □經審符合規定。□不符合規定，提供其他替代方案或修正用途。承辦人：單位主管： |

**附件2-連江縣小型復康巴士服務(初次申請)**

|  |  |
| --- | --- |
| 申 請 流 程 | 注 意 事 項 |
| 提供服務民眾提出申請約定用車時間與接送地點不符合符合本局 審核 提供其他替代方案或轉介其他單位 | 1. 首次申請應備文件：

(1)申請表；(2)身分證正反面影本；(3)身心障礙手冊(證明)正反面影本；1. 受理申請時間：

 週一至週五，上午八時至下午五時三十分。  |