

財團法人臺北市傳德慈善基金會

急難救助轉介表

轉介單位

☐醫院 ☐社會福利服務中心 ☐社福團體 ☐其他
單位全銜：_____ 轉介人員：_____ (請註明職稱)
電話：_____ 分機：_____ email：_____ 手機：_____

申請時間： 年 月 日

最近一次與個案會談日期： 年 月 日

姓名

☐男
☐女

身份證/居留證號

出生年月日
年 月 日

戶籍地址

連絡電話

通訊地址

☐同上

住家：
手機：

主要
聯絡人

☐同個案本人

關係

連絡
電話

家庭狀況

☐已婚 ☐未婚 ☐離異
☐喪偶 ☐同居 ☐分居
扶養年邁雙親與未成年子女__
人

就業情
形經濟
來源

☐有工作：☐正職 ☐兼職 ☐臨時工
※平均月收入_____元
☐無工作：經濟來源

居住情形

☐自宅 (貸款：_____元/月) ☐租屋 (租金：_____元/月) ☐其他

診斷情形

診斷名稱：

對象：☐家計主要負擔者或☐家中其他成員；請簡述申請事由，描述需本會協助之處
案主年邁

申請事由

家庭成員及經濟概況已

(請陳述案家成員概況，與工作人口的收入情形，並簡述案家基本開銷)

- 收入來源：全戶工作人口__人；收入_____元/月
- 目前存款總額(全戶人口)：_____元
- 是否擁有☐車輛__台；☐房屋__棟；☐土地__筆

取得資源協助情形

請敘明已接受或申請中之相關補助情形：

- 1、政府資源：☐低收入戶相關補助 ☐特殊境遇家庭補助 ☐弱勢兒少 ☐身心障礙
☐急難救助 ☐學產基金 ☐其他_____ ☐無

各項政府資源補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：

已
取
得
資
源
協
助
情
形

2、 保險給付: ☐勞保給付 ☒農漁保給付 ☐私人醫療保險 ☐其他_____ ☐無
各項保險給付補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額):

3、 民間社福/慈善單位協助內容說明:

4、 親屬協助概況

疾
病
治
療
情
形

此次疾病治療為 ☐確診後治療 ☐復發後治療 ☐其他_____ ☐有☐無 自費藥物

1、 本次治療內容及相關醫療支出情形: 確診日期:____年__月__日

☐有☐無手術, 手術名稱:_____ 手術日期:____年__月__日

☐其他治療, 治療名稱:_____, 自__年__月__日起, 共__次;現治療第__次。

描述:

2、 目前健康狀況:

描述:

家
系
圖

(請依以上陳述在家系圖呈現)

知
本
會
急
難
救
助
資
訊
請
問
您
透
過
何
種
管
道
得

- ☐瀏覽器搜尋
- ☐朋友介紹
- ☐FB
- ☐政府平台資訊
- ☐傳德基金會公文
- ☐傳德基金會拜會說明
- ☐傳德基金會E-Mail宣傳
- ☐其他

評
估
指
標

急難事由(以下請擇一打~)	經濟狀況	急難發生期間	家庭支持功能
長期疾病、貧窮	一般	一年以上	家庭經濟及心理支持完善
影響日常生活之事故、傷病	清寒	一年以內	家庭支持低
影響生活自理能力、工作收入之 事故、傷病	低收/中低收入戶	六個月內	無家庭支持
重大傷病、事故	實際低收無福利身份	三個月內	家庭支持低且為照顧者

其
他

因本會以轉帳方式撥付補助款項, 若通過補助則須提供銀行帳號(存摺封面影本)
請告知 ☐是 ☐否 有銀行帳戶凍結、或強制扣款情形

簽
章

- ◆ 本申請文件中有關當事人及其家庭之基本資料、急難事由、證明文件均係據實提供, 當事人及其家屬同意本會以電話或實地進行訪視, 訪視時係由本人或家屬據實陳述, 如有不實, 願自負法律責任, 並返還扶助金。
- ◆ 同意本會如有基於個案評估及審核之必要, 得查詢或調閱當事人及家屬之戶籍、財稅或核對其他補助資料。

當事人

(簽章)

相關文件

- 必須檢附文件：
☐ 本會轉介單 ☐ 戶籍謄本/戶口名簿影本 ☐ 醫療診斷書 ☐ 肖像權同意書
相關證明文件：
☐ 身心障礙證明 ☐ 在學證明 ☐ 其他
☐ 國稅局財稅證明 ☐ (中)低收入戶證明 (有此證明則免付財稅證明)

日期

轉介單位
承辦人員

(核章)