



財團法人育田社會福利慈善基金會

癌友家庭扶助轉介表

編號： (本會填寫)

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 _____ 傳真：_____ MAIL：_____					
申請時間： 年 月 日			最近一次與個案會談日期： 年 月 日			
申請項目(可複選)	☐ 經濟扶助		☐ 營養補助		對象	
					☐ 家計主要負擔者 ☐ 家中其他	
	姓名	☐ 男 ☐ 女		身份證/居留證號		
	戶籍地址	出生年月日(____年____月____日)				
	通訊地址	☐ 同上				
	主要聯絡人	☐ 同個案本人		關係	連絡電話	
	身分別	☐ 無 ☐ 原住民 ☐ 新住民 ☐ 外國籍 ☐ 其他				
	家庭狀況	☐ 未婚 (☐ 單身 ☐ 同居) ☐ 已婚 (☐ 同住 ☐ 分居 ☐ 失聯) ☐ 離異 ☐ 喪偶 ☐ 單親				
	就業情形 經濟來源	☐ 有工作： ☐ 正職 ☐ 兼職 ☐ 臨時工 ※平均月收入 ☐ 留職停薪 ☐ 無工作：經濟來源				
	居住情形	☐ 自宅(貸款 ☐ 無 ☐ 有：____元/月) ☐ 租屋 (租金：____元/月) ☐ 借住 ☐ 安置機構 ☐ 其他				
診斷情形	※診斷名稱：_____ ※癌症期別： ☐ 原位 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ※現階段治療： ☐ 初診斷罹癌 ☐ 復發治療 ☐ 安寧照護					
申請事由	(請簡述申請事由，描述需本會協助之處)					
家庭成員及經濟概況	※扶養年邁雙親與未成年子女____人， ☐ 就讀國中(含)以下子女，因家庭經濟困難，有餐食扶助					
	● 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 (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)					
	家系圖(請畫三代)					

已 取 得 資 源 協 助 情 形	請敘明罹病後已接受或申請中之相關補助情形： 1、 政府資源： ☐ 低收、中低收入戶相關補助，金額_____元 ☐ 身心障礙，金額_____元 ☐ 急難救助，核發日期_____金額_____元 ☐ 學產基金，核發日期_____金額_____元 ☐ 特殊境遇補助，核發日期_____金額_____元 ☐ 弱勢兒少，核發期間_____金額_____元 ☐ 經濟脆弱戶學生學雜費補助 ☐ 其他_____ ☐ 無 其他具體說明：
已 取 得 資 源 協 助 情 形	2、 保險給付：☐ 公/勞/農/漁保給付 ☐ 商業保險_____ ☐ 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(請詳述民間單位提供的補助項目、時程、金額或內容： (例如：癌症希望基金會、陽光基金會...等) 4、 親屬協助概況

疾病治療與營養情形	1、 本次治療內容及相關醫療情形： ※確診日期：__年__月__日 ※復發日期：__年__月__日 ※☐有☐無自費藥物 ☐有☐無手術，手術名稱：_____手術日期：__年__月__日 ☐放射線治療，自__年__月__日起，共__次；現治療第__次。 ☐化學治療，自__年__月__日起，共__次，頻率__周一次；現治療第__次。 ☐標靶藥物 ☐抗荷爾蒙治療 ☐免疫藥物治療 ☐其他治療 描述：		
	2、 目前健康與營養攝取狀況： 健康狀況：☐正常 ☐需他人照護 ☐慢性疾病（糖尿病／腎臟病） ※進食狀況：☐灌食（鼻胃管/胃造口）☐吞嚥咀嚼不易 ※近期體重變化：☐增加☐維持☐減少__kg/__(月/週) ※營養需求：建議每日攝取__瓶營養品（填妥上述資料，或檢附醫院/社福單位開立的營養評估表） 描述：		
其他	1. 本會未補助醫療費用（含自費藥物、住院費用、輔具設備等）、機構費用、看護費用等，若轉位對補助內容有疑慮，可先聯繫本會社工討論個案狀況，再行轉介。 2. 因本會以轉帳方式撥付補助款項，若通過補助則須提供存摺封面影本（郵局或華南銀行）請告知 ☐是 ☐否 有銀行帳戶凍結、強制扣款、郵局專戶情形		
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，並返還補助金。	當事人 (必填)	
	◆ 個資同意書條款，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。	日期	
檢附文件	必須檢附文件：☐ 本會轉介單 ☐ 個資同意書 ☐ 戶籍謄本/戶口名簿影本 ☐ 最近一次癌症醫療診斷書 ☐ 國稅局財產、所得證明 或福利身分證明（擇一） 相關證明文件：☐ 身心障礙證明 ☐ 在學證明 ☐ 營養需求說明 ☐ 其他 無須提供醫療收據	轉介單位 單位主管	
		轉介單位 承辦人員	

財團法人育田社會福利慈善基金會

個人資料告知暨同意書

感謝您對財團法人育田社會福利慈善基金會(以下簡稱本會)之信任與支持。為執行「脆弱癌友家庭扶助」專案,並依據《個人資料保護法》第8條之規定,我們需向您告知以下事項,敬請詳細閱讀,並確認同意後簽署本同意書,以利後續作業進行:

1、蒐集目的與使用範圍

本會為辦理脆弱癌症家庭之扶助、急難救助、營養補給、心理支持及其他社會福利服務,將基於以下特定目的,蒐集、處理及非營利目的之利用您的個人資料:辦理急難救助、物資補給、心理關懷與後續支持服務。與相關社福機構、慈善組織及合作單位查詢、連結與轉介服務。回覆主管機關或配合審核、稽核及績效報告之法定需求。建立與維護扶助紀錄、行政聯繫、資料核對及相關事務之執行。本會財務、統計、資料管理及人事、內部控制所需之行政作業

2、蒐集之個人資料類別

為達上述目的,本會將蒐集並使用以下類別的個人資料,內容包含但不限於:基本資料:姓名、出生年月日、身分證字號、戶籍或通訊地址、聯絡方式等。家庭狀況:婚姻狀況、家庭成員、家庭經濟資料。醫療資訊:病歷摘要、診斷證明、治療紀錄。財務資料:收入來源、社會福利補助、帳戶資訊等,其他得以直接或間接識別個人身分之資訊。

3、利用期間、地區、對象與方式

利用期間:資料保存於本會存續期間,或依相關法令或契約約定之保存年限、服務完成後需依法保存之期間。利用地區:中華民國境內。利用對象:本會、主管機關、合作社福機構、公益單位、審計與查核單位。利用方式:以自動化或非自動化方式進行蒐集、紀錄、處理、建檔、儲存、檢索、傳輸、揭露、轉介、統計或其他符合法令之使用。

4、個人資料當事人權利

您有權依法向本會行使以下權利(得書面提出申請):查詢或請求閱覽、製給複製本。請求補充、更正(應提出適當說明)。請求停止蒐集、處理、利用或請求刪除(惟依法或本會基於執行業務所需得不予配合)。若經由他人代辦,應另附委託書與雙方身份證明文件

5、未提供資料之影響

您得自由選擇是否提供個人資料。惟若您選擇不提供或請求刪除重要資料,可能將影響本會進行必要審核、評估與服務提供,並可能導致無法進行扶助申請程序,敬請理解。

6、同意聲明

本人或本人之法定代理人/受託人已:詳讀並理解本會就個人資料保護法所進行之說明。同意本會基於公益目的之蒐集、處理與利用個人資料。保證所提供之資料為真實、正確,並願意主動提供更新資訊。瞭解本會得依相關法令或契約進行資料之保存與運用。請您詳閱以上內容後簽名,以利本會後續行政與服務安排。

申請人即同意人簽名:

法定代理人/監護人或輔助人簽名:

日期:中華民國____年____月____日