

財團法人臺北市傳德慈善基金會

急難救助申請/轉介表

轉介單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 社會福利服務中心 <input type="checkbox"/> 社福團體 <input type="checkbox"/> 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			
當事人基本資料	姓名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證/居留證號	出生年月日	
	戶籍地址				連絡電話	
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上			住家： 手機：	
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人	關係		連絡電話	
	家庭狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 扶養年邁雙親與未成年子女____人		就業情形 經濟來源	<input type="checkbox"/> 有工作： <input type="checkbox"/> 正職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工 ※平均月收入_____元 <input type="checkbox"/> 無工作：經濟來源	
	居住情形	<input type="checkbox"/> 自宅 (貸款：_____元/月) <input type="checkbox"/> 租屋 (租金：_____元/月) <input type="checkbox"/> 其他				
診斷情形	診斷名稱：_____					
申請事由	對象： <input type="checkbox"/> 家計主要負擔者或 <input type="checkbox"/> 家中其他成員；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	家(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 <input type="checkbox"/> 車輛__台； <input type="checkbox"/> 房屋__棟； <input type="checkbox"/> 土地__筆					
資源協助情形	已請敘明已接受或申請中之相關補助情形： 取1、政府資源： <input type="checkbox"/> 低收入戶相關補助 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭補助 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 身心障礙 得 資 源 協 助 情 形 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： <input type="checkbox"/> 勞保給付 <input type="checkbox"/> 農漁保給付 <input type="checkbox"/> 私人醫療保險 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 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/慈善單位協助及預計協助內容說明：	4、賠償金			
	5、親屬協助概況			
疾 病 治 療 情 形	此次疾病治療為 <input type="checkbox"/> 確診後治療 <input type="checkbox"/> 復發後治療 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無手術，手術名稱：_____ 手術日期：__年__月__日 <input type="checkbox"/> 其他治療，治療名稱：_____，自__年__月__日起，共__次；現治療第__次。 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
				<input type="checkbox"/> 合作夥伴(第二次以上) <input type="checkbox"/> 瀏覽器搜尋 <input type="checkbox"/> 朋友介紹 <input type="checkbox"/> FB <input type="checkbox"/> 政府平台資訊 <input type="checkbox"/> 傳德基金會公文(紙本) <input type="checkbox"/> 傳德基金會拜會說明 <input type="checkbox"/> 傳德基金會E-Mail電子 <input type="checkbox"/> 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	1.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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 有銀行帳戶凍結、或強制扣款情形 2.當事人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 有接受拍攝影片上網募款的意願 經本會評估宜募款且有意願者，將拍攝影片放至本會臉書或其他愛心平台進行募款。本會將依個案實際狀況及資源 助募款，惟募款金額受社會資源及多項因素影響，無法保證最終募集之金額，敬請理解。			
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。			當 事 人
	◆ 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
相 關 文 件	必須檢附文件： <input type="checkbox"/> 本會轉介單 <input type="checkbox"/> 近三個月內之同住全戶人口戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 肖像權同意書 相關證明文件： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 在學證明 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 近一年同住全戶國稅局財稅證明 <input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明 (有此證明則免付財稅證明)			轉 介 單 位 承 辦 人 員