

## 財團法人臺北市傳德慈善基金會

## 急難救助轉介表

編號：(本會填寫)

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	身分證/居留證號	出生年月日 年 月 日
	戶籍地址			連絡電話 住家： 手機：
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上		
	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	(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			
已取得資源協助情形	請敘明已接受或申請中之相關補助情形： 一、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 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 學產基金 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 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	二、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 <b>各項保險給付補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：</b>			
	三、民間社福/慈善單位協助內容說明：  四、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 一、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：			
	二、目前健康狀況： 描述：			
家 系 圖	(請依以上陳述在家系圖呈現)		請 知 本 會 急 難 救 助 資 訊 何 種 管 道 得	<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 <input type="checkbox"/> 傳德基金會拜會說明 <input type="checkbox"/> 傳德基金會 E-Mail 宣傳 <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	六個月以內	無家庭支持
	重大傷病、事故	實際低收無福利身份	三個月以內	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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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)
			日 期	
相 關 文 件	<b>必須檢附文件：</b> <input type="checkbox"/> 本會轉介單 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本/戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 肖像權同意書 <b>相關證明文件：</b> <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 在學證明 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 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	(核章)