

社團法人臺東縣南迴健康促進關懷服務協會急難救助申請表

案 號	(本會填寫)
申請日期	

申請項目：醫療補助 生活補助 教育補助 其他\_\_\_\_\_

申請人：\_\_\_\_\_ 與個案關係：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

家庭基本資料	姓 名		出生日期		身分證字號	
	職 業		教育程度		電 話	
	聯絡地址				手 機	
	聯絡人		與個案關係		聯絡電話	
	經濟狀況	<input type="checkbox"/> 1.一般戶 <input type="checkbox"/> 2.中低收入戶 <input type="checkbox"/> 3.低收入戶 <input type="checkbox"/> 4.其他(請註明):				
	住所性質	<input type="checkbox"/> 1.自宅(有貸款) <input type="checkbox"/> 2.自宅(無貸款) <input type="checkbox"/> 3.租屋 \$_____ <input type="checkbox"/> 4.借住 <input type="checkbox"/> 5.其他_____				
	常用語言	<input type="checkbox"/> 1.國語 <input type="checkbox"/> 2.台語 <input type="checkbox"/> 3.客家語 <input type="checkbox"/> 4.原住民語 <input type="checkbox"/> 5.其他_____				
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 1.未婚 <input type="checkbox"/> 2.已婚，子女__人 <input type="checkbox"/> 3.同居 <input type="checkbox"/> 4.分居 <input type="checkbox"/> 5.離異 6. <input type="checkbox"/> 喪偶 7. <input type="checkbox"/> 其他					

事實狀況	已使用	政府：	請務必詳述補助項目/金額
	福利補助	民間：	請務必詳述補助項目/金額

保險情況	急難事由：
<input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 農/漁保 <input type="checkbox"/> 國保 <input type="checkbox"/> 自有商業保險 <input type="checkbox"/> 其他	<input type="checkbox"/> 負擔家庭主要生計者 <input type="checkbox"/> 非負擔家庭主要生計者 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 罹患重大傷病，仍可工作 <input type="checkbox"/> 罹患重大傷病，無法工作 <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 其他原因無法工作 <input type="checkbox"/> 其他重大變故致家庭陷入困境

個案狀況具體說明	家系圖(註明性別、年齡、教育程度、職業、生態圖 婚姻狀況)	
	問題及處遇摘述：	
	處理情形摘述：	

檢 本申請表(必備)	<input type="checkbox"/> 已備妥 <input type="checkbox"/> 無
附 個人資料告知暨同意書(必備)	<input type="checkbox"/> 已備妥 <input type="checkbox"/> 無

文件	全戶戶籍謄本影本或戶口名簿影本(必備)	<input type="checkbox"/> 已備妥 <input type="checkbox"/> 無
	身分證影本(必備)	<input type="checkbox"/> 已備妥 <input type="checkbox"/> 無
	低收或中低收入戶證明或全戶綜合所得稅所得資料清單影本(必備)	<input type="checkbox"/> 已備妥 <input type="checkbox"/> 無
	醫療診斷證明書、醫療(看護等)費用明細影本(申請醫療補助為必備)	<input type="checkbox"/> 已備妥 <input type="checkbox"/> 無
	其他(如：重大傷病通知書、身心障礙、死亡、天然災害等證明)	<input type="checkbox"/> 已備妥 <input type="checkbox"/> 無

※以上文件若為副本，請轉介人於副本文件每頁蓋職章或簽名+單位章※

本人保證上述所填各項資料及所附文件均為真實，並知悉提供不實資料及違反相關法令之後果，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。(如當事人無行為能力，請由家屬簽名)

當事人簽名：\_\_\_\_\_關係：\_\_\_\_\_ (未簽名不予受理)

通報來源	<input type="checkbox"/> 案主申請 <input type="checkbox"/> 轉介(單位：_____) <input type="checkbox"/> 其他_____	訪查員簽章/日期 _____
------	--	-------------------

審查結果	<input type="checkbox"/> 本案符合急難救助辦法規定第_____規定，擬救助 _____元整。 <input type="checkbox"/> 不符急難救助辦法第_____規定，擬暫緩救助。 <input type="checkbox"/> 其他_____
------	--

個案追蹤與轉介	<input type="checkbox"/> 持續追蹤，由訪視員定期訪視個案。 <input type="checkbox"/> 轉介社福單位：_____ <input type="checkbox"/> 連結其他資源_____
---------	--

承辦人員		總幹事		理事長	
------	--	-----	--	-----	--