

# 財團法人台北市信華慈善基金會急難救助申請表(轉介單位用)

表格版本日期:110.10.05 V-1.01

地址：104台北市中山區中山北路三段49號3樓之3 電話：(02)25988919 傳真：(02) 25988909										
轉 介 單 位	<input type="checkbox"/> _____ 縣/市( <input type="checkbox"/> 家防中心 <input type="checkbox"/> _____ 區/鄉/鎮公所 <input type="checkbox"/> _____ 福利服務中心 <input type="checkbox"/> 其他)									
	<input type="checkbox"/> _____ 醫院 _____ 室/課/科									
	<input type="checkbox"/> _____ 基金會/協會 <input type="checkbox"/> 其它 _____									
	承辦人員姓名：_____ 連絡電話：_____ 傳真電話：_____									
電子郵件信箱：_____ (必填)										
單位受理時間：      年      月      日					最近一次訪視/會談時間：      年      月      日					
急 難 救 助 個 案 基 本 資 料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年      月      日	年齡			
	電話		手機		身分證字號					
	戶籍地址									
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上								
	聯絡人	<input type="checkbox"/> 同案主本人	關係		電話					
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 已婚	就業情形	<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工 <input type="checkbox"/> 退休無業						
		<input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶			<input type="checkbox"/> 待業中 <input type="checkbox"/> 未就業	月薪 _____ 元				
居住情形	<input type="checkbox"/> 自宅(貸款 _____ 元/月) <input type="checkbox"/> 機構安置/庇護 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 租屋(房租 _____ 元/月, <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無申請租屋補貼)									
急 難 事 由	<input type="checkbox"/> 1. <u>近三個月內</u> ，家中生計負擔者死亡、罹患重大傷病、失業、失蹤、入獄服刑、因天然災害或意外所引起之事件或其他原因，失去穩定經濟來源，導致生活陷困者。									
	<input type="checkbox"/> 2. 因單親、隔代教養、家庭暴力或家中無工作人口， <u>近三個月內</u> 遭遇突發事件無法支應相關支出，生活產生危機者。									
	<input type="checkbox"/> 3. 因家中成員有身心障礙、酒癮藥癮、自殺傾向或自殺紀錄需密集就醫者， <u>近三個月內</u> 遭遇突發事件而導致家中經濟不足以維持其穩定就醫。									
	<input type="checkbox"/> 4. 其他說明 _____									
簽 章	<b>以下內容詳閱並確認同意後，請於 <input type="checkbox"/> 打 V</b>					請受助人詳閱左欄重要通知後，由本人在本欄簽名或蓋章，以示負責與同意。				
	<input type="checkbox"/> 1. 申請人提出之相關文件與基本資料、事由與證明文件皆須據實提供，並同意本會及轉介單位以 <b>電話、家庭訪問、拍照蒐集</b> 進行救助評估。									
	<input type="checkbox"/> 2. 如不同意或無法配合前述作業，將不提供濟助，如提供不實資訊，將需自負法律責任，並返還濟助金。					日期 _____				
	<input type="checkbox"/> 3. 未通過之文件，本會恕不通知與退件。 <input type="checkbox"/> 4. 所得之濟助款項金額將依國稅局規定列計當年度收入。									

本頁起請由轉介單位主責人員填寫

個案來源  其他單位轉介 (  村里辦公室  社政單位  民間慈善機構  醫院  學校 )

轉介單位：\_\_\_\_\_ 轉介人員：\_\_\_\_\_ 聯絡電話：\_\_\_\_\_

當事人求助  當事人親友  單位主動發掘  其他\_\_\_\_\_

個案家庭成員概況

同住家屬	稱謂	姓名	身份	出生日期 (民國年)	性別	就學/就業 情形	健康情形	未就業原因	每月收入 (含補助)	

◎身份：A一般戶 B中低收入戶(含中低收入老人) C低收入戶(請註明款) D榮民/眷 E其他(於說明欄敘明)

資助情形	政 府 補 助	<input type="checkbox"/> 中/低收入戶生活補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 中低老人特別照顧津貼_____元 <input type="checkbox"/> 老農津貼/國民年金_____元/月 <input type="checkbox"/> 喪葬補助/死亡給付_____元 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 兒少補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 身心障礙養護補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 公所/急難紓困救濟金_____元 <input type="checkbox"/> 租屋補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 重大災害補助_____元 <input type="checkbox"/> 輔具補助 <input type="checkbox"/> 健保補助 <input type="checkbox"/> 托育補助 <input type="checkbox"/> 市民醫療補助 <input type="checkbox"/> 其他：
	其他社會資源及保險	1. 已申請/獲得 <input type="checkbox"/> _____ (單位) _____ (補助) _____ (元) <input type="checkbox"/> _____ (單位) _____ (補助) _____ (元) 2. 媒體露出捐款_____ (元) 3. 保險： <input type="checkbox"/> 失能給付 <input type="checkbox"/> 傷病給付 <input type="checkbox"/> 死亡給付 <input type="checkbox"/> 失業給付 <input type="checkbox"/> 賠償金_____元 <input type="checkbox"/> 年金/退休金_____元/月 <input type="checkbox"/> 其他_____；核定共計_____元 4. 物資_____ 5. 其他：

## 轉介單位說明及家系圖

本案濟助需求項目：急難救助案件      喪葬補助案件

請轉介單位詳述以下內容：

- 1、案家主述問題及急難事件(家中誰發生何事、何時、何地、目前情況)
- 2、案家家庭狀況及親友支持系統(案家誰在負擔生計、親友支持系統及社會資源)
- 3、案家目前收支狀況及生活陷入危難情形、評估擬協助重點
- 4、社政、社工單位轉介之個案，請附案家之家系圖

檢附資料	<input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本(記事不可省略)/居留證影本【必備文件】 <input type="checkbox"/> 低收/中低收入戶證明/清寒證明 <input type="checkbox"/> 全戶國稅局財稅清單【必備文件】 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊、重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 機構轉介單 <input type="checkbox"/> 死亡證明書/除戶謄本【申請喪葬補助必備文件】 <input type="checkbox"/> 其他：_____		
轉介單位 承辦人員		轉介單位 主管/督導	
填表日期			