

『宏匯集團社會服務社會救助』個案轉介申請表

申請項目：家庭急難濟助 學生急難濟助 醫療急難濟助

收件編號：_____

案主姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業 科系年級	出生年月日	民國	年	月	日
身份別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 新移民 <input type="checkbox"/> 其他				身分證字號				
聯絡地址				個人存摺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否		聯絡電話	必填	
					手機號碼				

I.本人已詳閱相關辦法，同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「宏匯集團社會服務急難濟助」與第三方查詢，供審核使用。
 II.本人明白有權對轉介申請表與其附件行使以下權利：1.查詢或請求閱覽 2.請求製給複製本 3.請求補充或更正 4.請求停止蒐集、處理或利用 5.請求刪除本人個人資料。但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。

案主簽章：_____ (必填) 法定代理人：_____ (與案主關係：_____)

※依個資法第九條「免告知義務」說明 若案主或法定代理人已簽名請略過
 至今仍不知其法定代理人為何人(或無法聯繫)，為免損害案主接受濟助審查權利，及促進社會公益，故未向其告知以上兩點事項。另為免影響審核結果，同意提供案主資料、家庭成員概況並同意「宏匯集團社會服務急難濟助」與第三方查詢，請各相關單位配合協助案主度過難關。

轉介單位	名稱	住址	轉介人	導師	轉介人電話	導師電話	申請日期	民國	年	月	日
------	----	----	-----	----	-------	------	------	----	---	---	---

說明： 請敘述家庭背景、成員及主要經濟來源狀況、急難原因及需求....等

家庭所有成員狀況

稱謂	姓名	年齡	存/歿 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級	稱謂	姓名	年齡	存/歿 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級
案主									

家庭經濟狀況	全戶總人口數：_____人，工作人口數：_____人，就學人口數：_____人
保險別(可複選)	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 國保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 眷保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他
福利資源現況	<input type="checkbox"/> 低收入生活補助 <input type="checkbox"/> 婦女緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 學校仁愛基金補助 <input type="checkbox"/> 馬上關懷
低收入戶	<input type="checkbox"/> 低收入就學生活補助 <input type="checkbox"/> 老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 學產基金急難救助 <input type="checkbox"/> 公所急難救助
_____類/款	<input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 兒少生活扶助 <input type="checkbox"/> 教育部助學金補助 <input type="checkbox"/> 醫院補助金額：_____
	<input type="checkbox"/> 其他(含已轉介單位)：_____
主要負擔家計者	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 服刑 <input type="checkbox"/> 重大傷病患者 <input type="checkbox"/> 失業達半年以上 <input type="checkbox"/> 其他_____
檢附文件	<input type="checkbox"/> 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) <input type="checkbox"/> 低收入戶或清寒證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本
	<input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 診斷證明 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 醫療或喪葬單據影本 <input type="checkbox"/> 其他：_____

轉介單位建議	濟助項目： <input type="checkbox"/> 學雜費 <input type="checkbox"/> 營養午餐費 <input type="checkbox"/> 生活費 <input type="checkbox"/> 喪葬費 <input type="checkbox"/> 醫療費 <input type="checkbox"/> 健保費	機構關防 (蓋章)	單位主管 (簽章)	轉介人員 (簽章)
	2.濟助金額 _____ 元			

註：1.本表需由社會局、社會課、醫院社工室、各慈善社福機構專業社工人員，或學校單位填寫。(收件編號由本法人填寫) 104041 修訂
 2.個案經主辦單位審查通過後通知轉介單位，轉介申請表及附件恕不退還(將尊重個人機密予以嚴格保密)。