

『行天宮急難濟助』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		
轉介名稱	轉介人	轉介人電話		
	導師	導師電話		
單位住址	申請日期		民國 年 月 日	

※ 申請書及附件請依序排列後於右上角裝訂，此資料收件後恕不退還，惟將尊重個人機密予以嚴格保密。
專案收件地址：10560台北市松山區南京東路三段83巷14弄4號 行天宮急難濟助專案 聯絡電話：02-25022172 分機 315

家系圖：	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) 健保 勞保 國保 農保 漁保 公保 軍保 眷保 福保 商業保險 其他_____

福利資源現況

低收入戶 _____類/款

<input type="checkbox"/> 低收家庭生活補助：\$ _____	<input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助：\$ _____	<input type="checkbox"/> 兒少生活扶助：\$ _____
<input type="checkbox"/> 低收就學生活補助：\$ _____	<input type="checkbox"/> 婦女緊急生活扶助：\$ _____	<input type="checkbox"/> 老人生活津貼：\$ _____
<input type="checkbox"/> 學校仁愛基金補助：\$ _____	<input type="checkbox"/> 學產基金急難救助：\$ _____	<input type="checkbox"/> 馬上關懷：\$ _____
<input type="checkbox"/> 教育部助學金補助：\$ _____	<input type="checkbox"/> 醫院相對補助金額：\$ _____	<input type="checkbox"/> 公所急難救助：\$ _____

其他社會資源(含已轉介單位)：

家庭收入 無 全戶每月工作平均總收入：_____元 利息收入_____元 其他：_____

家庭支出 生活費_____元/月 房貸_____元/月 房租_____元/月 學雜費_____元/學期

醫療費_____元 喪葬費_____元 其他_____

主要負擔家計者 死亡 身心障礙者 服刑 重大傷病患者 失業達半年以上 其他_____

檢附文件 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) 低收入戶或清寒證明 身心障礙手冊影本

重大傷病卡 診斷證明 死亡證明 醫療或喪葬單據影本 其他：_____

轉介單位建議	1. 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) 1010817 修訂
2.個案經主辦單位審查通過後通知轉介單位。