**『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：

* **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。**
* **專案寄件地址：10550台北市松山區南京東路三段303巷14弄4號 行天宮急難濟助專案 \ 聯絡電話：02-25022172 分機315**

| 案主姓名 | | |  | | | | | 性別 | □男□女 | | 職業  科系年級 | | |  | | | | 出生年月日 | | | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身 份 別 | | | □一般□原住民□榮民□新移民□其他 | | | | | | | | | | | | | | | 身分證字號 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 聯絡地址 | | |  | | | | | | | | | | | | 個人  存摺 | | □有 □否 | 聯絡電話 | | | | 必填 | | | | | | | | | |
| 手機號碼 | | | |  | | | | | | | | | |
| 轉介單位 | | 名稱 |    | | | | | | | | 轉介人 | | | |  | | | 轉介人電話 | | | |  | | | | | | | | | |
| 導 師 | | | |  | | | 導師電話 | | | |  | | | | | | | | | |
| 住址 |  | | | | | | | | | | | | | | | 申請日期 | | | | 民國 年 月 日 | | | | | | | | | |
| **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** | | | | □低收家庭生活補助：＄ □身心障礙生活補助：＄ □兒少生活扶助：＄ □低收就學生活補助：＄ □婦女緊急生活扶助：＄ □老人生活津貼：＄  □學校仁愛基金補助：＄ □學產基金急難救助：＄ □馬上關懷：＄  □教育部助學金補助：＄ □醫院相對補助金額：＄ □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：□學雜費 □營養午餐費  □生活費 □喪葬費 □醫療費 □健保費  2.濟助金額 元 | | | | | | | | 機構關防  （蓋章） | | | | | | | | 單位主管  （簽章） | | | | | 轉介人員  （簽章） | | | | | | |

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。