

『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
(公部門、社福團體/案主為一般民眾) (學校/案主為學生) (醫院/案主為一般民眾)

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			聯絡電話	必填	個人 存摺	案主有帳戶： <input type="checkbox"/> 可使用 <input type="checkbox"/> 遭凍結					
			手機號碼		必填	案主無帳戶： <input type="checkbox"/> 可開戶 <input type="checkbox"/> 無法開戶					
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「行天宮急難濟助」與第三方查詢，供審核使用。 II. 通過審核者之補助款金額將列計當年度收入，並將依國稅局規定寄發扣繳憑單。 III. 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「行天宮急難濟助」與第三方查詢，請各相關單位配合協助案主度過難關。 主管/承辦人：_____ 年 月 日											
轉介 單位	名 稱	必填			住 址	必填					
	轉介人/電話	必填			Email				必填 申 請 日 期		
	導 師/電話				Email				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	保險別 請填數字	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	保險別 請填數字
案主											
保險別(可複選)		1.健保 2.勞保 3.國保 4.農保 5.漁保 6.公保 7.軍保 8.眷保 9.榮保 10.福保 11.商業保險 12.其他									
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									
全戶福利資源現況		<input type="checkbox"/> 低收家庭生活補助 <input type="checkbox"/> 兒少生活扶助 <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"/> 醫院補助金額 <input type="checkbox"/> 教育部助學金補助 <input type="checkbox"/> 特種家庭生活扶助									
		<input type="checkbox"/> 行天宮醫療專款 <input type="checkbox"/> 其他(含已轉介單位)：_____									
全戶家庭收入		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全戶每月工作平均總收入：_____元 <input type="checkbox"/> 全戶利息收入_____元/年 <input type="checkbox"/> 其他：_____									
全戶家庭支出		<input type="checkbox"/> 生活費_____元/月 <input type="checkbox"/> 房貸_____元/月 <input type="checkbox"/> 房租_____元/月 <input type="checkbox"/> 學雜費_____元/學期									
		<input type="checkbox"/> 醫療費_____元 <input type="checkbox"/> 喪葬費_____元 <input type="checkbox"/> 其他 _____									
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"/> 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	建議濟助金額 _____元				機構關防 (請蓋大印)		單位主管 (職章)		轉介人員 (職章)		

※申請書及附件請依序排列後於右上角裝訂
收件地址 10550 台北市松山區南京東路二段303巷14弄4號
此資料收件後恕不退還
惟將尊重個人機密予以嚴格保密
財團法人台北行天宮急難濟助收
關懷專線 0800-217885 / 02-25026606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) 1070208 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)。