

財團法人育田社會福利慈善基金會 重病危機家庭經濟扶助轉介單

編號：_____ (本會填寫)

轉介單位	<input type="checkbox"/> 醫院	<input type="checkbox"/> 社會福利服務中心	<input type="checkbox"/> 學校	<input type="checkbox"/> 社福團體	<input type="checkbox"/> 其他_____	
	單位全銜：_____			轉介人員：_____ (請註明職稱)		
	電話：_____		分機：_____		傳真：_____	

申請時間：_____年_____月_____日 最近一次與個案會談日期：_____年_____月_____日

當事人基本資料	姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證/居留證號					出生年月日： _____年_____月_____日
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人		關係	連絡電話			
	戶籍地址							電話：
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上						行動電話：
	家庭狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居		就業情形	工作收入： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(工作類型：_____)			
		扶養年邁雙親與未成年子女_____人		經濟來源	經濟來源：_____			
				※平均月收入_____元				
家中罹患重大傷病成員	<input type="checkbox"/> 案主 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母		疾病主診斷及治療情形	疾病診斷名：_____ (需與診斷書相符) 最近一個月治療情形：_____ 後續醫療處置：_____				
居住情形	<input type="checkbox"/> 自宅 (貸款：_____元/月) <input type="checkbox"/> 租屋 (租金：_____元/月) <input type="checkbox"/> 其他_____							

符合資格	<input type="checkbox"/> 家計主要負擔者因為罹患癌症，仍在積極治療期間 (含手術、化療、復健...等治療)，或因罹患重大傷病無法治癒，已接受安寧緩和照護，致使無法工作導致家中經濟陷入困難。 <input type="checkbox"/> 家中其他成員因上述因素，致使家計主要負擔者需負擔照顧責任短期無法工作，或家中無其他工作人口，收入中斷或不足以維持家計，導致家庭經濟陷入困難者。
------	--

家庭狀況概述	
--------	--

簽章	◆ 本申請文件中有關當事人及其家庭之基本資料、急難事由、證明文件均係據實提供，當事人及其家屬同意本會以電話或實地進行訪視，訪視時係由本人或家屬據實陳述，如有不實，願自負法律責任，並返還救助金。 ◆ 同意本會如有基於個案評估及審核之必要，得查詢或調閱當事人及家屬之戶籍、財稅或核對其他補助資料。	當事人或家屬	
		日期	(簽名蓋章)

相關文件	必須檢附文件： <input type="checkbox"/> 機構轉介單 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本/戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 最近一次就醫醫療診斷書 <input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明 或 國稅局財稅證明(非中低收入戶須附) 相關證明文件： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 在學證明 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 其他_____	轉介單位 主管	
		轉介單位 承辦人員	(核章)

※請確實填寫表列項目，填妥後傳真至 03-32872538 本會「社會工作處」收，並請於傳真後來電進行確認(03-3285188)，本會收到轉介後將擇期實地訪視。