**『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：

　　　　　　　　 (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)

**※ 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**

**※ 寄件地址 10550台北市松山區南京東路三段303巷14弄4號　財團法人台北行天宮急難濟助收 \ 關懷專線 0800-217885 / 02-25026606**

| 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 | | |  | | | | | | | | | | 聯絡電話 | | | | 必填 | | | | 個人  存摺  必填 | | | 案主有帳戶：□可使用 □遭凍結 | | | | | | | | | | | |
| 手機號碼 | | | |  | | | | 案主無帳戶：□可開戶 □無法開戶 | | | | | | | | | | | |
| 1. **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。** 2. **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。** 3. **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 | | |  | | | | | | | | | 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  **低收入戶**  **類/款** | | | | □低收家庭生活補助　□特境家庭生活扶助　□學校仁愛基金補助　□馬上關懷  □低收就學生活補助　□老人生活津貼　　　□學產基金急難救助　□公所急難救助  □身心障礙生活補助　□兒少生活扶助　　　□教育部助學金補助　□醫院補助金額  □行天宮醫療專款 　□其他(含已轉介單位)： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全戶家庭收入 | | | | □無 □全戶每月工作平均總收入： 元 □全戶利息收入 元 □其他:\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 全戶家庭支出 | | | | □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 □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 | | | | 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） | | | | | | | |

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) 1050128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）**。