

財團法人國際單親兒童文教基金會

急難救助申請表

申請日期： 年 月 日

本會填寫

收件日期： 年 月 日

案件編號：

個案來源	<input type="checkbox"/> 當事人求助 <input type="checkbox"/> 當事人親友 <input type="checkbox"/> 單位主動發掘 <input type="checkbox"/> 其他_____						
	<input type="checkbox"/> 其他單位轉介 (<input type="checkbox"/> 社政機關 <input type="checkbox"/> 民間單位 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 其他_____)						
※轉介單位名稱： _____							
轉介人員姓名： _____ 連絡電話： _____							
個案基本資料	姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證/居留證號				出生年月日
	連絡電話			電子信箱			
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人		聯絡人電話	關係		
	戶籍地址						
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上					
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚生子 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他_____		就業情形	<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 待業中 <input type="checkbox"/> 退休無業 <input type="checkbox"/> 未就業 ※平均月收入 _____ 元 ※工作單位： _____ ※連絡電話： _____		
	住屋情形	<input type="checkbox"/> 自宅 (貸款： _____ 元/月) <input type="checkbox"/> 機構安置/庇護 <input type="checkbox"/> 租屋 (租金： _____ 元/月；房東姓名： _____；電話 _____) <input type="checkbox"/> 其他 _____					
急難情形							

簽章	1. 本申請文件中有關急難事件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。	受助人或其家人	(簽名蓋章)
	2. 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。	日期	

案 家 概 況

同住家屬	稱謂	姓名	出生 年月日	性別	就業/學 情形	未就業 原因	健康/失能 狀況	每月工 作收入	領取政 府補助	備註	

◎身份：一般戶 中低收入戶(含中低收入老人) 低收入戶(請註明__款) 榮民/眷 其他(請敘明)

資源協助情形	政府相關補助	<input type="checkbox"/> 中/低收入戶生活補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭補助_____元/月、 <input type="checkbox"/> 弱勢兒童及少年生活扶助_____元/月 <input type="checkbox"/> 身心障礙者生活補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 喪葬補助或死亡給付_____元(一次性) <input type="checkbox"/> 托育補助_____元/月、 <input type="checkbox"/> 租屋補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 醫療/看護費補助_____元/月、 <input type="checkbox"/> 中低收入老人特別照顧津貼_____元/月 <input type="checkbox"/> 健保費補助_____元/月、 <input type="checkbox"/> 重大災害補助_____元/月 <input type="checkbox"/> (公所/馬上關懷)急難救助金_____元、 <input type="checkbox"/> 其他(請說明)：
	保險給付及其他社會資源	一、保險： <input type="checkbox"/> 失能給付 <input type="checkbox"/> 傷病給付 <input type="checkbox"/> 死亡給付 <input type="checkbox"/> 年金/退休金_____元/月 <input type="checkbox"/> 失業給付 <input type="checkbox"/> 其他_____；共計已核定_____元 二、已獲得/申請中： <input type="checkbox"/> _____ (單位)_____補助_____元 <input type="checkbox"/> _____ (單位)_____補助_____元 三、其他： <input type="checkbox"/> 媒體露出募捐或捐款 <input type="checkbox"/> 賠償金_____元 <input type="checkbox"/> 物資

轉介單位說明	◎詳述案家急難事由、收支情形、親友支持系統及評估處遇：
--------	-----------------------------

補助需求	<input type="checkbox"/> 重大災難補助 <input type="checkbox"/> 醫療費 <input type="checkbox"/> 喪葬費 <input type="checkbox"/> 學費 <input type="checkbox"/> 基本生活費 <input type="checkbox"/> 安養/照顧費 <input type="checkbox"/> 其它_____						
申請應備文件	1. <input type="checkbox"/> 三個月內全戶戶籍謄本（請至戶政事務所申請） 2. <input type="checkbox"/> 近一年全戶所得稅證明文件（可於當地國稅局或稅務局申請） 3. <input type="checkbox"/> 近一年全戶財產證明文件（可於當地稅捐處或國稅局申請） 4. <input type="checkbox"/> 相關證明文件影本（如：身心障礙手冊、中低收入戶證明、醫院診斷證明、醫療費用收據、死亡診斷證明書、喪葬費用收據、可佐證特殊境遇事實之文件或其他證明文件）						
備註	依據《財團法人法》第 25 條第 3 項第 2 款規定，本會將定期公開受助者姓名及補助金額，以符合財務透明與主管機關監督規範。如受助者不願公開，須另行簽署「不公開聲明書」，與簽收單一併寄回；否則視為同意依法辦理。						
轉介單位名稱		轉介單位人員		轉介單位主管		轉介日期	
本會擬辦意見	一、 <input type="checkbox"/> 本案符合救助規定，擬發急難救助金_____元整。 二、 <input type="checkbox"/> 本案符合救助規定，擬發關懷慰問金_____元整。 三、 <input type="checkbox"/> 本案符合救助規定，擬發物資。 四、 <input type="checkbox"/> 不符合救助規定，擬不予補助。						

經辦：

主管：

董事長：