

『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 <small>必填</small>			個人 存摺 <small>必填</small>	案主有帳戶： <input type="checkbox"/> 可使用 <input type="checkbox"/> 遭凍結		
	手機號碼				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.自費請求製給複製本 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"/> 低收入生活補助	<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
<input type="checkbox"/> 低收入就學生活補助	<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
<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"/> 特境家庭生活扶助

低收入戶類別/款 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/年 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/中低收入戶 全戶最新年度國稅局所得資料及財產清單(影本即可)

身心障礙手冊 重大傷病卡 診斷證明 死亡證明 醫療或喪葬單據 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) 1100722 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)。
 3.審核通過之濟助金為一次性給付，將不另行出示證明文件。

※申請書及附件請依序排列後於右上方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
 財團法人台北行天宮急難濟助收
 收件地址 10550 台北市松山區南京東路三段303巷14弄4號
 關懷專線 0800-217885 / 02-25026606

姓名 (姓名)	性别 (性别)	出生日期 (出生日期)	身份证号 (身份证号)	联系电话 (联系电话)
------------	------------	----------------	----------------	----------------

本人承诺以上信息真实有效，如有不实，愿承担一切法律责任。
 (本人承诺以上信息真实有效，如有不实，愿承担一切法律责任。)
 签字日期：____年__月__日