

『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、社團團體/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	手機號碼	個人存摺	案主有帳戶： <input type="checkbox"/> 可使用 <input type="checkbox"/> 遭凍結 案主無帳戶： <input type="checkbox"/> 可開戶 <input type="checkbox"/> 無法開戶 若帳戶遭凍結或無法使用請勿提出申請

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	住址	申請日期
	轉介人/電話	Email	年 月 日
	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"/> 低收入家庭補助 <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"/> 低收入學生補助 <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"/> 全戶最新年度國稅局所得資料及財產清單 <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)
--------	----------------	----------------	--------------	--------------

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) 1080917 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)。

※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
 收件地址 10550 台北市松山區南京東路二段303巷14弄4號
 財團法人台北行天宮急難濟助中心 關懷專線 0800-21785 / 02-25026606