

財團法人育田社會福利慈善基金會 癌友家庭扶助轉介表

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：_____ MAIL：_____

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	身份證/居留證號	出生年月日
	戶籍地址			
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上		
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人	關係	連絡電話
	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 扶養年邁雙親與未成年子女_____人	就業情形 經濟來源	<input type="checkbox"/> 有工作： <input type="checkbox"/> 正職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工 ※平均月收入_____元 <input type="checkbox"/> 無工作：經濟來源_____
	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_____		
	診斷情形	診斷名稱：_____ 癌症期別： <input type="checkbox"/> 原位 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 安寧照護		

申請事由	<p>對象：<input type="checkbox"/>家計主要負擔者或<input type="checkbox"/>家中其他成員；情形：<input type="checkbox"/>罹患癌症，仍在接受治療者；<input type="checkbox"/>罹患癌症，接受安寧照護。</p> <p>申請項目：<input type="checkbox"/>營養品補助 <input type="checkbox"/>急難救助 <input type="checkbox"/>交通補助</p> <p>(請簡述申請事由，描述需本會協助之處)</p>
------	--

家庭成員及經濟概況	<ul style="list-style-type: none"> ● 收入來源：全戶工作人口_____人；收入_____元/月 ● 目前存款總額(全戶人口)：_____元 ● 是否擁有<input type="checkbox"/>車輛_____台；<input type="checkbox"/>房屋_____棟；<input type="checkbox"/>土地_____筆 <p>(請陳述案家成員概況，與工作人口的收入情形，並簡述案家基本開銷)</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; min-height: 100px;"> 家系圖 (請畫三代) </div>
-----------	---	---

已取得資源協助情形	<p>請敘明罹病後已接受或申請中之相關補助情形：</p> <p>一、政府資源：<input type="checkbox"/>低收入戶相關補助 <input type="checkbox"/>特殊境遇家庭補助 <input type="checkbox"/>弱勢兒少 <input type="checkbox"/>身心障礙</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/>急難救助 <input type="checkbox"/>學產基金 <input type="checkbox"/>其他_____ <input type="checkbox"/>無</p> <p>各項政府資源補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：</p>
-----------	---

已 取 得 資 源 協 助 情 形	<p>二、 保險給付：<input type="checkbox"/>勞保給付 <input type="checkbox"/>農漁保給付 <input type="checkbox"/>私人醫療保險 <input type="checkbox"/>其他_____ <input type="checkbox"/>無</p> <p>各項保險給付補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：</p> <p>三、 民間社福/慈善單位協助內容說明： (例如：陽光、慈濟、全聯、台癌/癌症希望基金會或是其他單位，並陳述從補助時程與補助內容)</p> <p>四、 親屬協助概況</p>				
疾 病 治 療 與 營 養 情 形	<p>此次疾病治療為 <input type="checkbox"/>確診後治療 <input type="checkbox"/>復發後治療 <input type="checkbox"/>其他_____ <input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無 自費藥物</p> <p>一、 本次治療內容及相關醫療支出情形： 確診日期：____年__月__日</p> <p><input type="checkbox"/>有<input type="checkbox"/>無手術，手術名稱：_____ 手術日期：____年__月__日</p> <p><input type="checkbox"/>放射線治療，自__年__月__日起，共__次；現治療第__次。</p> <p><input type="checkbox"/>化學治療，自__年__月__日起，共__次，頻率__周一次；現治療第__次。</p> <p><input type="checkbox"/>標靶藥物 <input type="checkbox"/>抗荷爾蒙治療 <input type="checkbox"/>免疫藥物治療 <input type="checkbox"/>其他治療_____</p> <p>描述：</p> <p>二、 目前健康與營養攝取狀況：</p> <p>健康狀況：<input type="checkbox"/>正常 <input type="checkbox"/>需他人照護；進食狀況：<input type="checkbox"/>灌食(鼻胃管/胃造口) <input type="checkbox"/>吞嚥咀嚼不易</p> <p>身高：__cm/體重：__kg/理想體重：__kg；近期體重變化：<input type="checkbox"/>增加<input type="checkbox"/>維持<input type="checkbox"/>減少__kg/__(月/週)</p> <p>營養需求:建議每日攝取_____瓶營養品(填妥上述資料，或檢附醫院/社福單位開立的營養評估表)</p> <p>描述：</p>				
其 他	<p>1. 本會未補助醫療費用(含自費藥物、住院費用、輔具設備等)、機構費用、看護費用等，若轉介單位對補助內容有疑慮，可先聯繫本會社工討論個案狀況，再行轉介。</p> <p>2. 因本會以轉帳方式撥付補助款項，若通過補助則須提供存摺封面影本(郵局或華南銀行)請告知 <input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否 有銀行帳戶凍結、或強制扣款情形</p>				
簽 章	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%;"> <p>◆ 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，並返還補助金。</p> <p>◆ 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。</p> </td> <td style="width:30%; text-align:center; vertical-align: middle;"> <p>當事人(必填)</p> <p>(簽章)</p> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align:center; vertical-align: middle;"> <p>日期</p> </td> </tr> </table>	<p>◆ 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，並返還補助金。</p> <p>◆ 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。</p>	<p>當事人(必填)</p> <p>(簽章)</p>		<p>日期</p>
<p>◆ 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，並返還補助金。</p> <p>◆ 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。</p>	<p>當事人(必填)</p> <p>(簽章)</p>				
	<p>日期</p>				
檢 附 文 件	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:70%;"> <p>必須檢附文件：<input type="checkbox"/>本會轉介單 <input type="checkbox"/>戶籍謄本/戶口名簿影本</p> <p><input type="checkbox"/>最近一次癌症醫療診斷書 <input type="checkbox"/>國稅局財產、所得證明 <input type="checkbox"/>〔中〕低收入戶證明</p> <p>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"/>營養需求說明 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>無須提供醫療收據</p> </td> <td style="width:30%; text-align:center; vertical-align: middle;"> <p>轉介單位</p> <p>單位主管</p> <p>(核章)</p> </td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align:center; vertical-align: middle;"> <p>轉介單位</p> <p>承辦人員</p> <p>(核章)</p> </td> </tr> </table>	<p>必須檢附文件：<input type="checkbox"/>本會轉介單 <input type="checkbox"/>戶籍謄本/戶口名簿影本</p> <p><input type="checkbox"/>最近一次癌症醫療診斷書 <input type="checkbox"/>國稅局財產、所得證明 <input type="checkbox"/>〔中〕低收入戶證明</p> <p>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"/>營養需求說明 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>無須提供醫療收據</p>	<p>轉介單位</p> <p>單位主管</p> <p>(核章)</p>		<p>轉介單位</p> <p>承辦人員</p> <p>(核章)</p>
<p>必須檢附文件：<input type="checkbox"/>本會轉介單 <input type="checkbox"/>戶籍謄本/戶口名簿影本</p> <p><input type="checkbox"/>最近一次癌症醫療診斷書 <input type="checkbox"/>國稅局財產、所得證明 <input type="checkbox"/>〔中〕低收入戶證明</p> <p>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"/>營養需求說明 <input type="checkbox"/>其他_____</p> <p>無須提供醫療收據</p>	<p>轉介單位</p> <p>單位主管</p> <p>(核章)</p>				
	<p>轉介單位</p> <p>承辦人員</p> <p>(核章)</p>				

*轉介單位請詳閱扶助辦法，確實填寫表列項目，並將此表單與檢附文件，以下列方式寄送至基金會，並來電本會確認：總會:03-3285188；東區辦事處 03-8630007

1.郵寄：總會-33376 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 // 東區辦事處 97053 花蓮縣花蓮市自由街 150 號 3 樓之 5

2.傳真：總會 03-328-7258 東區辦事處 03-863-0017

3.服務區域：東區辦事處(宜蘭、花蓮、台東)；總會(其他區域)