

財團法人基督徒救世會社會福利事業基金會  
急難救助 機構轉介表

112.04.27 版

個案編號： (本會填寫)

申請時間： 年 月 日		最近一次與個案會談日期： 年 月 日		
轉介單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 社會福利服務中心 <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_____		email：_____ 手機：_____		
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 年 月 日
	戶籍地址			連絡電話
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> _____		住家：  手機：
	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	經濟就業情形	<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_____		
	福利身分	<input type="checkbox"/> 無(一般戶) <input type="checkbox"/> 低(中低)收入戶_____款 <input type="checkbox"/> 身心障礙_____度_____類 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭_____款 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 其他(請描述)_____		
申請事由	對象： <input type="checkbox"/> 家計主要負擔者 <input type="checkbox"/> 家中其他成員			
家系圖				
家庭成員及經濟概況	請說明案家成員概況，與工作人口的收入情形及家庭基本開銷狀況 1. 收入來源：全戶工作人口_____人；收入_____元/月 2. 目前存款總額(全戶人口)：_____元 3. 是否擁有 <input type="checkbox"/> 車輛_____台； <input type="checkbox"/> 房屋_____棟； <input type="checkbox"/> 土地_____筆			

已 取 得 資 源 協 助 情 形	請說明已接受或申請中之相關補助情形： 1. 政府資源： <input type="checkbox"/> 低(中低)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 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 學產基金 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無 <b>各項政府資源補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：</b>		
	2. 其他民間社福/慈善單位協助內容說明：(例如家扶、世展、慈濟...等)  3. 親屬協助概況		
其 他	1. 本會將以轉帳方式撥付補助款項，若通過補助則須提供銀行帳號(存摺封面影本) 當事人 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 有銀行帳戶凍結、或強制扣款情形 2. 建議補助金額 <input type="checkbox"/> 一般補助金額 \$3,000 元____次 <input type="checkbox"/> 其他金額，請說明：_____		
簽 章	◆ 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，並返還扶助金。 ◆ 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。	當事人	(簽章)
		日期	
相 關 文 件	<b>必須檢附文件：</b> <input type="checkbox"/> 近三個月全戶戶籍謄本(需有記事欄) <input type="checkbox"/> 全戶最新年度國稅局所得資料及財產清單 <b>相關證明文件：</b> <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 就醫繳費收據或繳款通知單影本 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 在學證明 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> (中)低收入戶或清寒證明(有此證明則免付財稅證明)	轉介單位 承辦人姓名	
		轉介單位 主管核章	

注意事項：

1. 請詳列已接受其他機構補助之金額。如為申請中，請註明申請中及申請金額。
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. 申請本補助須檢附申請表、近三個月內全戶戶籍謄本(須有記事欄)、低收入戶或清寒證明、全戶最新年度國稅局所得資料及財產清單、身心障礙手冊影本、重大傷病卡、診斷證明、醫療收據影本等證明文件。
4. 請填妥本表，連同相關申請文件寄至 235030 新北市中和區板南路 661 號 2 樓基督徒救世會婦幼組。  
連絡電話：(02)2729-0265。