財團法人基督徒救世會社會福利事業基金會

「育兒家庭支持服務」 申請/轉介表

112.12.12版

個案編號： (本會填寫)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請時間： 年 月 日 | | | | | 申請身份： □一般　□孕產婦 □具福利身份 | | | | | | | |
| 轉介單位 | (若為申請人本人則免填) | | □醫院 □社會福利服務中心 □社福團體 □其他  單位全銜：  轉介人員： (請註明職稱) 電話： 分機  手機： email：  最近一次與個案會談日期：  轉介原因： | | | | | | | | | |
| 申請人資料 | 姓名 | |  | | 性別 | | | □男 □女 | | | | |
| 籍別 | | □1.本籍 □2.外籍人士:  ○2-1.新住民○2-2.移工 | | 身份 證號 | | |  | | | | |
| 年紀 | | 年 月 日出生， 歲 | | 語言 | | | □1.國語□2.台語□3.英語□4.其他， 。 | | | | |
| 學歷 | | □1.不識字□2.小學 □3.國中 □4.高中 □5.大專 □6.碩士以上 | | | | | | | | | |
| 戶籍地址 | |  | | | | | | | 連絡電話  住家：  手機： | | |
| 通訊地址 | | □同上 | | | | | | |
| 家庭狀況 | | □未婚 □同居 □已婚  □分居 □離異 □喪偶  養育未成年子女年紀、人數： 1.男/女，生日： ， 歲  2.男/女，生日： ， 歲  3.男/女，生日： ， 歲 | | 經濟就業情形 | | □本人有工作: □正職 □兼職 □臨時工  ※平均月收入 元  □本人無工作:經濟來源  □伴侶有工作: □正職 □兼職 □臨時工  ※平均月收入 元  □伴侶無工作:經濟來源 | | | | | |
| 居住情形 | | □自宅 (貸款： 元/月) □租屋 (租金： 元/月) □其他  □獨棟透天 □公寓 □華廈 □社區大樓 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  居家隔局： 房 廳 衛，約 坪 同住家庭成員：1.關係： ，男/女， 歲；2.關係： ，男/女， 歲  3.關係： ，男/女， 歲；4.關係： ，男/女， 歲 | | | | | | | | | |
| 福利相關指標 | | □ 1.持有清寒證明□2.低(中低)收入戶 款  □3.身心障礙 度 類 (本人/其他家人\_\_\_\_\_\_\_) □ 4.領有弱勢兒少(緊急)生活扶助  □ 5.特殊境遇家庭 第 條第 項第 款(包含原因消失未達半年者) | | | | | | | | | |
|  | | (需附證明) | | □ 6.符合衛福部脆弱家庭服務指標 □ 7.符合設籍前新住民社會救助補助資格 | | | | | | | | |
| □ 8.其他(請描述) | 依上述檢附文件：□ 1. □ 2. □ 3. □ 4.□ 5. □ 6. □ 7. □ 8. | | | | | | | |
| 提供之協助 期待本會 | | | | □ 1.育兒家庭心理關懷及支持  (個人/伴侶偕同)  □ 2.連結心理諮商 (若戶籍、實際居住、就業或就學於臺北市將輔以評估是否使用高關懷心理衛生服務) | | | 續填身心困擾自評狀況：  ○ 近2星期內身心狀況正處高壓狀態，並已產生心理或情緒困擾，或主訴問題已持續困擾1個月以上。  ○ 心理或情緒困擾對個人生活功能、能力表現、社會活動、關係維持、職業、學業等產生干擾。 | | | | | |
| □ 3.產後護理照顧支持服務(15天月子餐)  □ 4.新生兒自費檢查支持(出生一個月內適用)  □ 5.急難救助(三個月內因重大傷害、疾病、家庭變故等緊急重大事件，造成家庭生活困難)  □ 6.到宅育兒指導(育有2歲以下兒童且有育兒指導需求者)  □ 7.脆弱家庭早療相關服務(家中有(疑似)發展遲緩之0-6歲幼兒，可連結療育、教育等資源，並提供支持與親職諮詢服務)  □ 8.急重症嬰幼兒醫療支持補助 | | | | | | | | |
| 家系圖 | | | (選填) |  | | | | | | | | |
| 其他 | | | | 申請相關補助並經本會審核通過者，本會將以轉帳方式撥付補助款項，請提供銀行帳號，並附存摺封面影本 銀行，帳號： 戶名：  (申請人 □是　 □否　有銀行帳戶凍結、或強制扣款情形) | | | | | | | | |
| 備註 | | | | 其他希望本會知悉事宜： | | | | | | | | |
| 申請人  簽章 | | | | * + - 本申請文件中有關當事人及其家庭之基本資料、證   明文件均係據實提供，當事人及其家屬同意本會以  電話或家訪進行訪視，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。 | | | | | | 申請人 | | (簽章) |
| 日期 | |  |
| 轉介單位  人員簽章 | | | |  | | | | | | 轉介單位  主管核章 | |  |
| **初審情形(以下欄位由本會承辦人員填寫)** | | | | | | | | | | | | |
| 收件日期 | | | | 年 月 日 | | | | | | 文件備齊日 | | 年 月 日 |
| 審核  結果 | | | | □開案，將提供 服務，社工： 。  □不予開案，原因：  承辦人員： 核備人員： | | | | | | | | |

注意事項：1.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。

2.請填妥本表，連同相關證明文件寄至235030 新北市中和區板南路661號2樓基督徒救世會。連絡電話：(02)2729-0265。