

財團法人育田社會福利慈善基金會 函

聯絡地址：33376 桃園市龜山區文東五街
37 巷 37 號 2 樓

聯絡人：周居禮

聯絡電話：03-328-5188 分機 114

傳真電話：03-328-7258

E-mail：chuli@mercyland.org.tw

受文者：高雄市政府社會局

發文日期：中華民國 113 年 12 月 23 日

發文字號：育字第 11331004 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：癌友家庭扶助辦法、轉介表；活動宣傳海報



主旨：檢送本會辦理 114 年「癌友家庭扶助辦法」暨「年度癌友相關活動」，敬請 轉知所屬業務相關承辦人員，協助經濟困難且符合本會扶助資格民眾申請，請 查照。

說明：

- 一、本會為關懷家中主要經濟來源者因罹患癌症正在治療或已屆安寧照護，導致家庭收入減少、開銷增加；或因腫瘤影響導致吞嚥與進食困難，產生營養品需求，為使癌友家庭能緩解經濟壓力，與獲得良好營養補給，於 114 年度辦理「癌友家庭扶助辦法」。
- 二、凡經各縣市社會局處及所屬各類福利服務中心專業社工人員評估符合上述資格之癌友家庭，自 114 年 1 月 1 日起開始受理轉介。敬請 協助轉知所屬社福單位多加利用，協助有需要之弱勢家庭申請，視需求可先來電諮詢及討論個案狀況。
- 三、另本會於 114 年將辦理「癌友家庭拼貼畫比賽」、「癌友家庭子女育秧獎助學金」等活動，惠請 貴單位參照時間表協助公告周知。
- 四、檢附扶助辦法、轉介表、年度活動海報各乙份，前述表單暨活動辦法可於本會官網詳閱 <https://www.mercyland.org.tw> 下載使用。

正本：高雄市政府社會局等 23 個單位

副本：本會

董事長 杜秀姬

社會局



11430175200

財團法人育田社會福利慈善基金會活動時間表

申請/報名日期	活動	備註
114.01.01-11.30	弱勢癌友家庭扶助	
114.01.01-05.12	癌友家庭拼貼畫比賽	*收件截止郵戳為憑
114.01.01-11.30	生命教育課程— 當家人生病時， 我該怎麼辦？	*目前僅開放台北市、 新北市、桃園市、新竹縣、 新竹市單位/團體申請
114.09.01-09.30	癌友家庭子女獎助學金	



癌友家庭扶助辦法

114.1.1 公告實施

壹、目的

當罹患癌症時，癌友將同時面臨治療、工作、經濟等問題，因無法工作導致收入短缺；房租、就醫交通、孝親與教養等必要支出造成的經濟壓力；因腫瘤影響或治療副作用導致吞嚥與進食困難，面臨營養不良嚴重問題。為使癌症病友能夠緩解經濟困難，與獲得良好營養補給，育田基金會施行「癌友家庭扶助」，提供經濟與營養品協助。

貳、補助對象

- 一、**癌症病友**：罹患癌症，目前正接受手術、放療、化療等積極性治療行為(*不含療程結束後的固定回診、追蹤)；或是已接受安寧照護者6個月內者。
- 二、**經濟弱勢**：因罹癌致使家庭生活陷入困境，罹癌者為家中主要經濟來源者；或因罹癌導致家庭有收入減少情形，經濟弱勢條件如下：
 1. 癌友具有低收、中低收入戶、特殊境遇家庭資格。
 2. 若無低收、中低收身分者，則家庭實際支出需大於實際收入，且申請人家庭總收入按全家人口平均分配，每人每月未超過政府當年公布最低生活費二點五倍及臺灣地區平均每人每月消費支出一點五倍，且家庭財產未超過中央主管機關公告之一定金額。
- 三、**營養品**：須以半流質、流質飲食，或是置有管路灌食之癌友。
- 四、以無領有其他長期社福資源者為優先補助對象，如：公部門、其他社福單位補助，若已領有其他社福資源者，將視其補助金額，調整本會補助內容。
- 五、已入住機構、已申請看護或已死亡者，非本會補助對象。

參、補助項目

一、經濟協助

經本會社工以治療期程、經濟條件等因素進行綜合評估後，實有經濟困難者，提供經濟協助，補助額度由本會評估，將以單次或是分次補助，每名癌友每年補助至多新台幣三萬元為限。

二、營養品補助

將視癌友實際營養品需求狀況，提供癌友營養品補助，補助數量與時程，將由本會社工評估後核發，補助上限每月至多提供八箱、每年至多提供三個月。

三、每位癌友當年度僅能申請一次補助，每戶案家(三等親內)最多補助兩名癌友。

四、本會不予補助醫療費、養護機構費、看護費、輔具支出費用等。

肆、補助申請期間：自 114 年 1 月 1 日起至 114 年 11 月 30 日（將視實際情況，提前截止日期）

伍、實施範圍：全國含離島各地區。

陸、轉介方式：

透過下列各單位專業人員評估後，填妥「本會轉介表」，經當事者同意簽名後，將轉介表與相關證明文件，以傳真、郵寄方式轉介，並來電確認文件是否已寄達；轉介單位社工，若無開案協助癌友者，本會恕不接受轉介。

- 一、 癌友就醫之醫院社工、癌症資源中心專業人員
- 二、 實際居住地之政府社會、衛生局處及所屬福利服務中心社工、個管人員
- 三、 社福團體社工人員
- 四、 不開放民眾自行申請

聯絡資訊

連絡電話：03-328-5188#115；傳真電話：03-328-7258

郵寄地址：33376 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 育田基金會

（請將轉介單寄至桃園總會，爾後將由社工聯繫評估）

柒、轉介表單下載 https://www.mercyland.org.tw/?page_id=563

捌、轉介注意事項：

- 一、 檢附文件(可附影本)：(1)本會轉介表(2)近三個月內之全戶人口戶籍謄本或戶口名簿影本(3)近一年全戶人口完稅之綜合所得各類所得資料清單及財產歸屬資料或低收/中低收戶證明/特殊境遇家庭身分認定公文(福利身分證明與財稅證明二擇一)(4)癌症醫療診斷證明書(5)營養需求說明(6)其他相關證明文件:政府補助核定公文(ex.急難救助、弱勢兒少)、身障證明影本等(7)免附死亡證明書或醫療費用收據。
- 二、 本會社工評估時會視文件中訊息提供完整度進行電訪或實地家訪、院訪，倘若無法配合訪視者恐無法核予補助。
- 三、 若近期已接受或當月同步申請其他社福單位補助，本會可依申請者實際生活情形，及已接受之資源情形，評估調整補助額度或是暫緩補助。
- 四、 本會以轉帳方式撥付補助款項，故通過補助後需提供郵局或華南銀行存摺封面影本，申請時請註明是否有帳戶凍結、強制扣款、郵局專戶情形。
- 五、 轉介表需經癌友或其家屬簽名確認，若因故無法簽名時，請轉介人員於轉介單表中備註原因。

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	☐ 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_____		傳真：_____		MAIL：_____		
申請時間：_____ 年 _____ 月 _____ 日			最近一次與個案會談日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日			
申請項目(可複選)		☐ 經濟扶助	☐ 營養補助	對象	☐ 家計主要負擔者 ☐ 家中其他成員	
	姓名	☐ 男 ☐ 女	身份證/居留證號		出生年月日 西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	戶籍地址				連絡電話 住家： 手機：	
	通訊地址	☐ 同上				
	主要聯絡人	☐ 同個案本人	關係	連絡電話		
	身分別	☐ 無 ☐ 原住民 ☐ 新住民 ☐ 外國籍 ☐ 其他_____				
	家庭狀況	☐ 未婚(☐ 單身 ☐ 同居) ☐ 已婚(☐ 同住 ☐ 分居 ☐ 失聯) ☐ 離異 ☐ 喪偶 ☐ 單親				
	就業情形 經濟來源	☐ 有工作： ☐ 正職 ☐ 兼職 ☐ 臨時工 ※平均月收入_____元 ☐ 留職停薪 ☐ 無工作：經濟來源_____				
	居住情形	☐ 自宅(貸款 ☐ 無 ☐ 有：_____元/月) ☐ 租屋(租金：_____元/月) ☐ 借住 ☐ 安置機構 ☐ 其他_____				
診斷情形	※診斷名稱：_____ ※癌症期別： ☐ 原位 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ※現階段治療： ☐ 初診斷罹癌 ☐ 復發治療 ☐ 安寧照護					
申請事由	(請簡述申請事由，描述需本會協助之處) ※扶養年邁雙親與未成年子女_____人					
家庭成員及經濟概況	● 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 (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)				家系圖(請畫三代)	
已取得資源協助情形	請敘明罹病後已接受或申請中之相關補助情形： 一、政府資源： ☐ 低收、中低收入戶相關補助，金額_____元 ☐ 身心障礙，金額_____元 ☐ 急難救助，核發日期_____金額_____元 ☐ 學產基金，核發日期_____金額_____元 ☐ 特殊境遇，核發期間_____金額_____元 ☐ 弱勢兒少，核發期間_____金額_____元 ☐ 其他_____ ☐ 無 其他具體說明：_____					

已 取 得 資 源 協 助 情 形	二、保險給付： ☐ 公/勞/農/漁保給付 ☐ 商業保險_____ ☐ 其他_____ ☐ 無 各項保險給付補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：			
	三、民間社福/慈善單位協助內容說明(請詳述民間單位提供的補助項目、時程、金額或內容： (例如：癌症希望基金會、陽光基金會…等) 四、親屬協助概況			
疾 病 治 療 與 營 養 情 形	一、本次治療內容及相關醫療情形： ※確診日期：____年____月____日 ※復發日期：____年____月____日 ※ ☐ 有 ☐ 無自費藥物 ☐ 有 ☐ 無手術，手術名稱：_____ 手術日期：____年____月____日 ☐ 放射線治療，自____年____月____日起，共____次；現治療第____次。 ☐ 化學治療，自____年____月____日起，共____次，頻率____周一次；現治療第____次。 ☐ 標靶藥物 ☐ 抗荷爾蒙治療 ☐ 免疫藥物治療 ☐ 其他治療_____ 描述：			
	二、目前健康與營養攝取狀況： 健康狀況： ☐ 正常 ☐ 需他人照護 ※進食狀況： ☐ 灌食(鼻胃管/胃造口) ☐ 吞嚥咀嚼不易 ※近期體重變化： ☐ 增加 ☐ 維持 ☐ 減少____kg/____(月/週) ※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) 描述：			
其 他	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。 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 ☐ 是 ☐ 否 有銀行帳戶凍結、強制扣款、郵局專戶情形			
	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，並返還補助金。 ◆ 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。		
檢 附 文 件	必須檢附文件： ☐ 本會轉介單 ☐ 戶籍謄本/戶口名簿影本 ☐ 最近一次癌症醫療診斷書 ☐ 國稅局財產、所得證明 或福利身分證明 (擇一) 相關證明文件： ☐ 身心障礙證明 ☐ 在學證明 ☐ 營養需求說明 ☐ 其他_____ 無須提供醫療收據		當事人 (必填)	(簽章)
			日期	(簽章)
轉 介 單 位	轉介單位 單位主管		轉介單位 承辦人員	(簽章)
			(簽章)	

※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，以郵寄或傳真寄送至基金會，並來電本會確認：
 地址：桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 育田基金會(癌友家庭扶助轉介表) 電話：03-328-5188 傳真：03-328-7258



2025 癌友家庭拼貼畫比賽 | 活動報名簡章

一、主辦單位：財團法人育田社會福利慈善基金會

二、宗旨：藉由拼貼畫創作，促使癌友與身旁親友在抗癌路上，專注自己的心靈內在對話。

三、獎項與獎勵辦法

- 金牌獎 1 名：獎金 1 萬 5 仟元、獎牌乙座、獎狀乙張
- 銀牌獎 1 名：獎金 1 萬元、獎牌乙座、獎狀乙張
- 銅牌獎 1 名：獎金 5 仟元、獎牌乙座、獎狀乙張
- 佳作 3 名：獎金 2 千元、獎狀乙張

※凡參加者(未獲獎)有參加感謝狀乙張

四、參加資格

凡治療中的罹癌病友或病患親友、醫療及社福人員，且居住在台灣(含澎金馬)皆可參加以下組別。病友組未附罹癌診斷證明書影本或是重大傷病證明，不予評審。

病友組—癌症病友

身旁組—癌症病患親友、醫師、護理師、社工、個管師、營養師、志工

五、參賽作品內容，*<http://tinyurl.com/y24dkwr4> QR CODE 報名連結可免費索取 A3 畫布底板

本屆徵件主題為「當我(家人)罹癌時，我選擇…」

六、徵件規格說明

(一)個人方式參加乙件為限，不可多人合著、由他人代筆。

(二)務必為個人原創性作品，未於任何公開發表、出版、公開展覽、不得臨摹、抄襲、改編。

如有著作權之爭議，參賽者自行負責，並對主辦單位之判定不得有異議。

(三)多媒材拼貼、鉛筆、剪刀、白膠、畫布(A3 白玉卡紙 1,000 磅)，平面橫式創作，不需裱框，切勿立體黏貼，並確實將素材黏妥，作品寄送過程如有損毀，恕不負責。

(四)文稿輔助說明，報名表，電腦打字為佳，請勿直接將故事文字謄寫於拼貼畫布上。

(五)裝件：A3 專用 31*43cmOPP 自黏袋，作品寄送請加裝厚卡紙保護，以免郵寄過程作



品損壞。

七、報名方式及注意事項

- (一)收件日期：即日起至5月12日截止(郵戳為憑，逾期不收件)。一律以郵寄方式，寄送參賽作品。
- (二)請填寫紙本報名表(如附件)，隨參賽作品一同郵寄至：「333 桃園市龜山區大華里031 鄰文東五街37巷37號二樓」，信件上須註明「2025 癌友家庭拼貼畫比賽投稿」。資料填寫不完整、規格不符簡章規定者，不予審查，一律不予退還。
- (三)參賽作品、所有參賽報名資料均不退還(請自行拍照存檔)，著作權歸財團法人育田社會福利慈善基金會所有，出版、公開展示、產品宣傳、應用、重製、改作與編輯等權利；凡參加者，均視為遵守本簡章之各項規定。

八、評審辦法

- (一)由本會聘請藝術治療、創作之專家學者組成評審小組(95%)、人氣票選(5%)評定之。為求公平公正之原則，所有參賽作品之作者姓名等基本資料，由主辦單位均予彌封，再請評審委員審查。
- (二)評審標準：以主題原創性、敘述故事完整性。創作與內在情感連結或表現之深度及拼貼繪圖創作技巧、整體構圖表現。
- (三)各獎項若無適當作品入選，得由評審小組決議從缺或不足額入選。

九、著作權與出版權

- (一)作品若經錄取，其原稿、出版權及著作權將無條件供主辦單位使用，財團法人育田社會福利慈善基金會有權修改、重製該作品，原作者不另收取費用。
- (二)為配合頒獎和推廣活動，獲獎和入圍作品得有本基金會安排展出，並在本基金會刊物或其他媒體發表。

十、得獎作品發表

- (一)得獎結果：預計於7月18日公布得獎名單於本會官網(<https://www.mercyland.org.tw/>)



2025 癌友家庭拼貼畫比賽報名表

作者姓名		性別	☐ 生理男 ☐ 生理女
癌友姓名	☐ 同上 ☐ 身旁組	關係	
出生年月日	民國 年 月 日	身分證字號	
作品名稱			
聯絡地址	☐ ☐ ☐ 縣市 市鎮區鄉 村鄰		
*獲獎通知	路街 段 巷 弄 號 樓之		
戶籍地址	☐ 同聯絡地址		
*獲獎領據開立	☐ ☐ ☐ 縣市 市鎮區鄉 村鄰		
	路街 段 巷 弄 號 樓之		
何處得知活動訊息	☐ 醫院 ☐ 網路/FB 社群媒體 ☐ 社會局/社福中心 ☐ 社福單位		
連絡電話	(宅)	(手機)	(第二聯絡人)
E-MAIL			
【病友組】 診斷情形	就診醫院：_____ 疾病名稱：_____ 癌 ☐ 零期 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ 不詳 確診日期：(民國)____年____月____日 ☐ 正在治療中 ☐ 復發且治療 ☐ 門診追蹤中_____年 治療方式： ☐ 手術 ☐ 化學治療 ☐ 放射線治療 ☐ 標靶藥物 ☐ 免疫藥物治療 ☐ 其他		
隨附文件 *請核對是否備齊	☐ 作品乙份*規格皆為「橫式」、「A3 尺寸」(白銅卡紙 1,000 磅) ☐ 紙本報名表乙份 ☐ *癌友組—罹癌診斷證明書影本或是重大傷病證明		
※敬請參賽者詳閱以下條文，並簽名以示同意： 1. 參賽作品，其原稿、版權及著作權將無條件供主辦單位使用，財團法人育田社會福利慈善基金會將有權修改、重製該作品，原作者不另收取費用。 2. 為配合頒獎和推廣活動，獲獎和入圍作品得有主辦單位安排展出，並在主辦單位刊物或其他媒體發表。 3. 獎金將採匯款轉帳方式提供(限作者本人，並以郵局或華南銀行存簿封面影本)，撥付日期將另行公告。 參賽作者_____ (簽/章)			

收件編號(由主辦單位填寫)：☐☐☐



簡述創作理念

*說明：電腦打字為佳或親筆正楷書寫皆可，打字請以標楷體 12 號字，單行間距。

作者姓名

作品名稱

副標：(建議 10 個字以下為佳)

內容：(請以 200 字內為限)

請沿虛線剪下作品標示單 黏貼於拼貼畫作品背面的右下角

2025 癌友家庭拼貼畫比賽作品標示單

組別	編號(勿填)	姓名	作品主題