

『行天宮急難濟助』個案轉介申請表

收件編號：_____

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、社福團體/案主為一般民眾)

(學校/案主為學生)

(醫院/案主為一般民眾)

※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
惟將尊重個人機密予以嚴格保密
財團法人台北行天宮急難濟助收關懷專線 0800-217885 / 02-25026606

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

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	室內電話	個人存摺 必填	案主有帳戶： <input type="checkbox"/> 可使用 <input type="checkbox"/> 遭凍結								
	手機號碼		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											
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>III. 本人明白有權對轉介申請表與其附件行使以下權利，但若未完整提供個人資料將影響審核結果：</p> <p>1. 查詢或請求閱覽 2. 自費請求製給複製本 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。</p> <p style="text-align: center;">案主簽章(必填)： _____</p> <p style="text-align: center;">法定代理人： _____ (與案主關係： _____)</p> <p>※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，各相關單位配合協助案主度過難關。 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。</p> <p style="text-align: center;">主管/承辦人： _____ 年 月 日</p>											
轉介單位	名稱 必填	住址 必填									
	轉介人/電話 必填	Email	必填 申請日期								
	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"/> 低收家庭生活補助 <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"/> 低收就學生活補助 <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(影本即可)	必備： <input type="checkbox"/> 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) <input type="checkbox"/> 全戶最新年度國稅局財稅資料 或 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明 其他(依急難事由)： <input type="checkbox"/> 身障手冊 <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 <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)							

人填寫)

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）。

3.審核通過之濟助金為一次性給付，將不另行出示證明文件。

1130726 修訂