

南山人壽慈善基金會 函

地址：台北市莊敬路 168 號
電話：(02) 87588888 # 88716
聯絡人：張月冠

受文者：高雄市政府社會局

發文日期：中華民國 110 年 6 月 21 日
發文字號：(110)南壽慈字第 014 號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：普通
附件：「南山疫心關懷方案」補助辦法

主旨：有關本會「南山疫心關懷方案」受理經濟弱勢確診新冠肺炎病患申請生活扶助金補助乙案，請查照轉告。

說明：

- 一、有鑑於新冠肺炎疫情自 5 月起急遽嚴峻，經濟弱勢民眾因染疫住院治療，工作與收入銳減致使生活困頓，本會推動「南山疫心關懷方案」提供生活扶助金補助，盼可協助紓緩急難，早日恢復正常生活。
- 二、「南山疫心關懷方案」補助對象為具低收入戶或中低收入戶身分之民眾，於 110 年 5 月 1 日至 12 月 31 日期間因確診新冠肺炎並住院治療者，補助金額為每人新台幣 2 萬元。申請方式及應備文件請詳附件，或至本會官網【南山疫心關懷方案】專區 (<https://www.nanshancharity.org.tw/covid19care.pdf>) 下載。
- 三、敬請惠予轉知所屬有需要之民眾，讓這份協助支持他們度過難關。懇請共襄善舉，同促公益，無任感禱！

正本：臺北市府社會局、新北市政府社會局、桃園市政府社會局、臺南市政府社會局、高雄市政府社會局、新竹縣政府社會處、新竹市政府社會處、苗栗縣政府社會處、彰化縣政府社會處、南投縣政府社會及勞動處、雲林縣政府社會處、嘉義縣政府社會局、嘉義市政府社會處、宜蘭縣政府社會處、花蓮縣政府社會處

副本：

董事長

尹崇堯

財團法人南山人壽慈善基金會

【南山疫心關懷方案】

一、主旨：

財團法人南山人壽慈善基金會(下稱:本基金會)長期推動「南山慈善基金醫療關懷計畫」，協助經濟弱勢民眾安心就醫。有鑑於自民國(下同)110年5月起，新冠肺炎疫情急遽嚴峻，將造成經濟弱勢民眾因染疫而致工作與收入損失、生活更加陷入困境。本基金會自110年5月起啟動【南山疫心關懷方案】，提供生活扶助金補助，協助其紓解急難，早日恢復正常生活。

二、生活扶助金補助辦法：

1. 補助對象：具低收入戶或中低收入戶身分之民眾，於110年5月1日起至12月31日間因確診新冠肺炎並住院治療者。
2. 補助金額：每人新台幣2萬元。
3. 申請方式：
 - 一 由各醫院社工室協助符合資格之補助對象申請。
 - 一 由符合補助資格者檢附相關資料自行申請。
 - 一 申請文件一律以掛號郵寄到本基金會：11049 台北市信義區莊敬路168號 南山人壽慈善基金會收，註明：申請【南山疫心關懷方案】。
4. 收件時間：
 - 一 即日起至111年3月31日截止，郵戳為憑。

三、申請應備文件：

1. 【南山疫心關懷方案】生活扶助金申請表及領據表單(附件一)
2. 個人資料聲明暨同意書(附件二)
3. 申請人之身分證正反面影本
4. 當年度縣市政府或鄉(鎮、市、區)公所開立之低收 / 中低收入戶證明
5. 醫院開立之診斷證明書(需有住院事實)

6. 申請人指定匯款帳戶之存摺封面影本（應包含申請人本人戶名、銀行別及帳號資料）

四、應注意事項：

1. 本基金會保留本專案解釋、變更及廢止及各申請案核准與否及其實際補助關懷金金額之權利。
2. 本專案內容如有變更，悉依本基金會公告之最新規定辦理。
3. 提醒每位申請人以申請乙次生活扶助金為限；此外，生活扶助金依主管機關相關法令規定，須列入個人所得。

五、專案聯繫請洽詢本會(02)8758-8719 或(02)8758-8716 。

(附件一)

**【南山疫心關懷方案】
生活扶助金申請表**

本人(申領人)_____，於民國____年____月____日確診新冠肺炎，具低收/中低收入戶身分，且有於_____醫院住院治療事實，現向南山人壽慈善基金會(下稱基金會)申請生活扶助金，並聲明所檢附文件均為真實，如有不實致貴基金會受有損害，將返還生活扶助金。

領 據

茲收受貴基金會關於【南山疫心關懷方案】之生活扶助金新台幣2萬元整無誤，特立此據，以資為憑。

此致

財團法人南山人壽慈善基金會

申領人姓名：

身分證字號：

地址：

電話：

中華民國_____年_____月_____日

(附件二)

個人資料聲明暨同意書

財團法人南山人壽慈善基金會（下稱「本基金會」）依據個人資料保護法（下稱「個資法」）第8條規定，向您（立同意書人）告知下列事項，請您詳閱：

【個人資料保護法應告知事項】

依據個人資料保護法暨其相關規定，本基金會基於〇一〇公立與私立慈善機構管理、〇六九契約、類似契約或其他法律關係事務之特定目的，而蒐集您的個人資料（包括病歷及醫療等特種個資）。所蒐集之資料會在我國境內被處理及利用，僅會於前開蒐集目的存續期間及依法令規定期間內，以合於法令規定之利用方式，於我國境內供本基金會及因以上目的作業需要之第三方處理及利用。您可以至本基金會查詢、請求閱覽、製給複製本、更正、補充、停止蒐集、處理、利用或刪除您的個人資料，惟本基金會依法令規定或因執行業務所必須，得不依您的請求處理。若您未能提供相關個人資料時，本基金會將無法進行必要之審核與處理，致無法發放補助。本人已詳閱並瞭解上述【個人資料保護法應告知事項】，並同意本基金會於符合告知事項之目的範圍內，得蒐集、處理及利用本人之病歷、醫療及健康檢查等個人資料，本人併此聲明，本同意書係出於本人自由意願下所為之意思表示。

此致 財團法人南山人壽慈善基金會

※下列欄位須立同意書人/法定代理人/監護或輔助人親自簽章

立同意書人：（親簽）

身分證字號：

法定代理人（親簽）：

身分證字號：

關係：

※若立同意書人為未成年且未婚，或為受監護/輔助宣告者，應由其法定代理人或監護人/輔助人另行簽名確認。

中華民國 年 月 日