

附表三

馬上關懷急難救助個案認定表

單位：新臺幣元

訪	訪查認定時間：__年__月__日__時__分 受訪人： <input type="checkbox"/> 申請人本人 <input type="checkbox"/> ____申請人之__																		
查 內 容	家庭狀況（以實際共同生活人口為範圍）																		
	稱謂	姓名	年 齡	健 康 情 形	工 作 現 況	每 月 收 入	職 業 別 保 險	未 就 業 原 因	領 取 政 府 補 助	稱謂	姓名	年 齡	健 康 情 形	工 作 現 況	每 月 收 入	職 業 別 保 險	未 就 業 原 因	領 取 政 府 補 助	
	本 人																		
公 所 及 縣 市 政 府 救 助	一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第__款，每月生活扶助費共____元。 二、 <input type="checkbox"/> 已領取政府補助： <input type="checkbox"/> 老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助費 <input type="checkbox"/> 兒童、少年生活扶助 <input type="checkbox"/> 托育津貼 <input type="checkbox"/> 照顧津貼 <input type="checkbox"/> 其他生活扶 助____，每月共____元。 <input type="checkbox"/> 特境婦女____元。 三、 <input type="checkbox"/> 核發 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 住院看護費用補助____元。 四、 <input type="checkbox"/> 核發急難救助金直轄市、縣(市)政府____元。公所____元。 五、 <input type="checkbox"/> 轉介____機關收容。 六、 <input type="checkbox"/> 災害救助金____元。 七、 <input type="checkbox"/> 其他：____。									保 險 及 社 會 資 源	一、保險：（傷病、死亡者之保險情形） 1 <input type="checkbox"/> 公保 2 <input type="checkbox"/> 勞保 3 <input type="checkbox"/> 農保 4 <input type="checkbox"/> 漁保 5 <input type="checkbox"/> 學保 6 <input type="checkbox"/> 軍榮保 7 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險 8 <input type="checkbox"/> 其他____ 9 <input type="checkbox"/> 保險給付____元： <input type="checkbox"/> 已領取 <input type="checkbox"/> 申請中 二、社會資源救助： 1 <input type="checkbox"/> 已獲____（基金會、宗教慈善團體）救 助____元。 2 <input type="checkbox"/> 登報募捐或捐款____元。 3 <input type="checkbox"/> 其他：____元。 三、賠償金：____元 <input type="checkbox"/> 未獲賠償原因：（車禍、職災及意外事故，請務必詳填） _____								
個 案 評 估	一、急難事由 <input type="checkbox"/> 喪葬費用無力負擔(喪葬費用____元)。 <input type="checkbox"/> 醫療費用無力負擔(醫療費用____元)。 <input type="checkbox"/> 生活費用無著(原因)____。 <input type="checkbox"/> 其他____。 1. 事故發生者： <input type="checkbox"/> 負家庭主要生計責任者 <input type="checkbox"/> 非負家庭主要生計責任者 2. 事由： <input type="checkbox"/> 1)死亡認定指標 <input type="checkbox"/> 2)失蹤認定指標 <input type="checkbox"/> 3).罹患重 傷病認定指標 <input type="checkbox"/> 4)失業認定指標 <input type="checkbox"/> 5)其他原因無法工作 認定指標 <input type="checkbox"/> 6)其他變故認定指標____									二、家庭狀況（實際共同生活人口為範圍） 1. 實際收入____元（）填註稱謂（）____ 元+（）____元+（）____元+（）____ 元+（）____元+（）____元 2. 實際收入____元÷實際共同生活人口__人 = __ 元 3. 存款：____元									
	三、問題及處遇（含轉介及資源連結）									四、關懷救助金給付方式 1. <input type="checkbox"/> 一次性關懷救助金【本人1萬元+本人以外（六歲以下兒童__人____元+在學學生__人____元+身心障礙者__人____元+懷胎六個月至分娩後二個月婦女或懷胎期間不宜工作婦女__人____元+自負醫療費____元）=____元】 2. <input type="checkbox"/> 分__月（次）發給， <input type="checkbox"/> 每月（次）關懷救助金____元 3. <input type="checkbox"/> 無加計事項									
認 定 結 果	本案經認定人員共同確認，認定結果如下： 1. 經認定符合認定基準表： <input type="checkbox"/> 急難事由第__類之__ <input type="checkbox"/> 生活陷困第__類之__ <input type="checkbox"/> 關懷救助金 <input type="checkbox"/> 擬發給一次性關懷 救助金____元。 <input type="checkbox"/> 分__月（次）發給關懷救助金計____元，本次已發給____元。 2. 經認定不符合認定基準表： <input type="checkbox"/> 急難事由第__類之__ <input type="checkbox"/> 生活陷困第__類之__， <input type="checkbox"/> 擬暫緩發給關懷救助金。 3. 其他處遇：協助申辦 <input type="checkbox"/> 低收入戶生活扶助 <input type="checkbox"/> 社會救助法第二十一條急難救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助或住院看護補助 <input type="checkbox"/> 福利服務及津貼 <input type="checkbox"/> 轉介____。																		

認定 人員 簽名	核定機關主辦業務 單位代表 簽名	村（里）長或（里）幹 事 簽名	社福或公益機構（團 體）代表（單位名稱、職 稱） 簽名	其他單位代表（單位 名稱、職稱） 簽名	核定 機關 審核	（呈第 層決行）
----------------	------------------------	-----------------------	--------------------------------------	---------------------------	----------------	----------