

個案轉介申請表

申請項目：家庭急難濟助 學生急難濟助 醫療急難濟助

編號：

案主姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業 科系年級	學生	出生年月日	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"/> 新移民之子女 <input type="checkbox"/> 身障者 <input type="checkbox"/> 其他				身分證字號			
聯絡地址				個人 存摺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否	聯絡電話	必填	
							手機號碼	

本人同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「許崑泰社會服務濟助」與第三方查詢，供審核使用。※依個資法第九條「免告知義務」
但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。

轉介	名稱	國立潮州高級中學	轉介人	何素娥	轉介人電話	08-7881688 轉 209
					Email:	ccsh209@apps.ccsht.edu.tw
單位	住址	92047 屏東縣潮州鎮中山路 11 號			訪視日期	年 月 日

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(如填寫不下可另外寫在一張紙上)

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	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

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
保險別(可複選)	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 國保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 眷保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他_____
福利資源現況 中/低收入戶 ____類/款	<input type="checkbox"/> 低收家庭生活補助 <input type="checkbox"/> 婦女緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 學校仁愛基金補助 <input type="checkbox"/> 急難紓困 <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"/> 兒少生活扶助 <input type="checkbox"/> 教育部助學金補助 <input type="checkbox"/> 醫院補助金額：_____ <input type="checkbox"/> 其他(含已轉介單位)：_____
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"/> 失業達半年以上 <input type="checkbox"/> 其他_____
檢附文件	<input type="checkbox"/> 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) <input type="checkbox"/> 全戶財稅清單(財產和所得) <input type="checkbox"/> 低收入戶或清寒證明 <input type="checkbox"/> 案主及 家庭主要家計者存款簿封面及內頁交易明細(半年內) <input type="checkbox"/> 班級導師訪視評估表 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 診 斷證明 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 醫療或喪葬單據影本 <input type="checkbox"/> 其他：_____

轉介單位 建議	濟助項目： <input type="checkbox"/> 醫療費 <input type="checkbox"/> 急難金 <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 健保費 <input checked="" type="checkbox"/> 生活助學金 <input type="checkbox"/> 助學金 <input type="checkbox"/> 營養午餐 <input type="checkbox"/> 其他 2. 濟助金額 _____ 元	單位主管 (簽章)	轉介人員 (簽章)
------------	--	------------------	------------------

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。(收件編號由本法人填寫) 107099 修訂
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)。