

# 『行天宮急難濟助』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 收件編號：\_\_\_\_\_

(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)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                       |             |       |                                                                   |            |                                                                  |                    |             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------------------------|-------------|-------|-------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------|--|
| 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<br>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 |            |                                                                  |                    |             |  |
| <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</p> <p>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: right;">案主簽章(必填)：_____</p> <p style="text-align: right;">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</p> <p>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，及促進社會公益，故未向其告知以上兩點事項。另為免影響審核結果，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: right;">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：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               | <p>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</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                       |             |       |                                                                   |            |                                                                  |                    |             |  |
| 家庭所有成員狀況                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                       |             |       |                                                                   |            |                                                                  |                    |             |  |
| 稱謂                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 姓名                                                                                                                                            | 年齡                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 存/歿<br>健康狀況 | 就業、收入情形<br>或就讀學校年級                                    | 保險別<br>請填數字 | 稱謂    | 姓名                                                                | 年齡         | 存/歿<br>健康狀況                                                      | 就業、收入情形<br>或就讀學校年級 | 保險別<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               | <p>全戶總人口數：_____人，工作人口數：_____人，就學人口數：_____人</p> <p>全戶福利資源現況</p> <p>低收入戶類別/款</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>行天宮醫療專款 <input type="checkbox"/>其他(含已轉介單位)：_____</p> |             |                                                       |             |       |                                                                   |            |                                                                  |                    |             |  |
| 全戶家庭收入                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               | <p><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：_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |             |                                                       |             |       |                                                                   |            |                                                                  |                    |             |  |
| 全戶家庭支出                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                               | <p><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</p> <p><input type="checkbox"/>醫療費_____元 <input type="checkbox"/>喪葬費_____元 <input type="checkbox"/>其他_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |                                                       |             |       |                                                                   |            |                                                                  |                    |             |  |
| 主要負擔家計者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                               | <p><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_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |             |                                                       |             |       |                                                                   |            |                                                                  |                    |             |  |
| 檢附文件                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                               | <p>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</p> <p>(影本即可) 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_____</p>                                                                                                                                                                                                                                          |             |                                                       |             |       |                                                                   |            |                                                                  |                    |             |  |
| 轉介單位建議                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 建議濟助金額                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | _____元      |                                                       | 機構關防        |       | _____                                                             |            | 單位主管                                                             |                    | 轉介人員        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |             |                                                       | (請蓋大印)      |       |                                                                   |            | (職章)                                                             |                    | (職章)        |  |

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)

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

※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中心

開懷專線 0800-217885 / 02-25026606