**『許崑泰社會福利公益信託』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 | □男□女 | | 職業  科系年級 | | |  | | | | 出生年月日 | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身 份 別 | | | □一般 □原住民 □榮民 □新移民之子女□身障者 □其他 | | | | | | | | | | | | | | 身分證字號 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 聯絡地址 | | |  | | | | | | | | | | | 個人  存摺 | | □有 □否 | 聯絡電話 | | | | 必填 | | | | | | | | | |
| 手機號碼 | | | |  | | | | | | | | | |
| **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「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。**  案主簽章： (必填) 法定代理人： (與案主關係： )    主管/承辦人： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 轉介 單位 | | 名稱 |  | | | | | | | 轉介人 | | | |  | | | 轉介人電話  Email: | | | |  | | | | | | | | | |
| 住址 |  | | | | | | | | | | | | | | 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)  一.家系圖:  二.家庭概況;  三.緊急事實  1.居住狀況:  2.健康狀況:  四家庭經濟來源;  五.家庭/鄰里/學校/基金會等/協助單位;  六.急難原因與需求;  七.評估與建議; | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 案主 |  | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | | | | |  | | | | | | |
|  |  | | | |  |  | | |  | | |  | | |  | | |  |  | | | | |  | | | | | | |
| 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) | | | | □健保 □勞保 □國保 □農保 □漁保 □公保 □軍保 □眷保 □福保 □商業保險 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福利資源現況  **中/低收入戶**  **類/款** | | | | □低收家庭生活補助 □婦女緊急生活扶助 □學校仁愛基金補助 □馬上關懷  □低收就學生活補助 □老人生活津貼 □學產基金急難救助 □公所急難救助  □身心障礙生活補助 □兒少生活扶助 □教育部助學金補助 □醫院補助金額：  □其他(含已轉介單位)： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主要負擔家計者 | | | | □死亡 □身心障礙者 □服刑 □重大傷病患者 □失業達半年以上 □其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 檢附文件 | | | | □近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄） □低收入戶或清寒證明 □身心障礙手冊影本  □重大傷病卡 □診斷證明 □死亡證明 □醫療或喪葬單據影本 □其他： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 轉介單位  建議 | | | | 濟助項目：□醫療費□急難金□交通費□健保費  □生活助學金 □助學金□營養午餐□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）**。