

財團法人育田社會福利慈善基金會

癌友家庭扶助轉介表

編號：_____ (本會填寫)

轉介單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 社會福利服務中心 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 社福團體 <input type="checkbox"/> 其他_____	
	單位全銜：_____ 轉介人員：_____ (請註明職稱)	
	電話：_____ 分機：_____ 傳真：_____ 手機：_____	

申請時間：_____年 _____月 _____日 最近一次與個案會談日期：_____年 _____月 _____日

當事人基本資料	姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證/居留證號	出生年月日
	戶籍地址			
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上		
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人	關係	連絡電話
	家庭狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 扶養年邁雙親與未成年子女_____人	就業情形 經濟來源	<input type="checkbox"/> 有工作： <input type="checkbox"/> 正職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工 ※平均月收入_____元 <input type="checkbox"/> 無工作：經濟來源_____
	居住情形	<input type="checkbox"/> 自宅 (貸款：_____元/月) <input type="checkbox"/> 租屋 (租金：_____元/月) <input type="checkbox"/> 其他_____		
	診斷情形	診斷名稱：_____ 癌症期別： <input type="checkbox"/> 原位 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 安寧照護		

申請事由

對象：家計主要負擔者或家中其他成員；情形：罹患癌症，仍在接受治療者；罹患癌症，接受安寧照護。

請簡述申請事由，描述需本會協助之處

家庭成員及經濟概況

(請陳述案家成員概況，與工作人口的收入情形，並簡述案家基本開銷)

- 收入來源：全戶工作人口_____人；收入_____元/月
- 目前存款總額(全戶人口)：_____元
- 是否擁有車輛_____台；房屋_____棟；土地_____筆

家系圖

已取得資源協助情形

請敘明罹病後已接受或申請中之相關補助情形：

一、政府資源：低收入戶相關補助 特殊境遇家庭補助 弱勢兒少 身心障礙
急難救助 學產基金 其他_____ 無

各項政府資源補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：

已 取得 資源 協助 情形	二、 保險給付： <input type="checkbox"/> 勞保給付 <input type="checkbox"/> 農漁保給付 <input type="checkbox"/> 私人醫療保險 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無 各項保險給付補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：		
	三、 民間社福/慈善單位協助內容說明： (例如：陽光、慈濟、全聯、台癌/癌症希望基金會或是其他單位，並陳述從補助時程與補助內容) 四、 親屬協助概況		
疾 病 治 療 情 形	此次疾病治療為 <input type="checkbox"/> 確診後治療 <input type="checkbox"/> 復發後治療 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 自費藥物 一、 本次治療內容及相關醫療支出情形： 確診日期：____年__月__日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無手術，手術名稱：_____ 手術日期：____年__月__日 <input type="checkbox"/> 放射線治療，自__年__月__日起，共__次；現治療第__次。 <input type="checkbox"/> 化學治療，自__年__月__日起，共__次，頻率__周一次；現治療第__次。 <input type="checkbox"/> 標靶藥物 <input type="checkbox"/> 其他治療 描述：		
	二、 目前健康狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需他人照護； <input type="checkbox"/> 有鼻胃管/胃造口等 <input type="checkbox"/> 無管路，但無法順利進食；營養需求，建議每日攝取____瓶營養品 描述：		
其 他	1. 本會未補助醫療費用(含自費藥物、住院費用、輔具設備等)、機構費用、看護費用等，若轉介單位對補助內容有疑慮，可先聯繫本會社工討論個案狀況，再行轉介。 2. 因本會以轉帳方式撥付補助款項，若通過補助則須提供銀行帳號(存摺封面影本) 請告知 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 有銀行帳戶凍結、或強制扣款情形		
簽 章	◆ 本申請文件中有關當事人及其家庭之基本資料、急難事由、證明文件均係據實提供，當事人及其家屬同意本會以電話或實地進行訪視，訪視時係由本人或家屬據實陳述，如有不實，願自負法律責任，並返還救助金。		當 事 人 或 家 屬 (簽章)
	◆ 同意本會如有基於個案評估及審核之必要，得查詢或調閱當事人及家屬之戶籍、財稅或核對其他補助資料。		日 期
相 關 文 件	必須 檢附文件： <input type="checkbox"/> 機構轉介單 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本/戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 最近一次癌症醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 國稅局財稅證明 <input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明 (有此證明則免付財稅證明) 相關證明文件： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 在學證明 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 其他_____		轉 介 單 位 主 管 (核章)
			轉 介 單 位 承 辦 人 員 (核章)

*轉介單位請確實填寫上方表列項目，並將此表單與檢附文件，以下列方式寄送至基金會，並來電本會確認：總會:03-3285188；宜蘭 03-9909307；花蓮 03-8630007

1.郵寄：總會-33376 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓//宜蘭中心- 27049 宜蘭縣蘇澳鎮頂平路 6 號//花蓮中心-97401 花蓮縣壽豐鄉國立東華大學育成中心 3-7 室

2.傳真：總會 03-328-7258 宜蘭中心 03-990-9308 花蓮中心 03-863-0017 3.服務區域:宜蘭(新北、基隆、宜蘭)；花蓮(花東、高屏)；總會(其他區域)