



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"/> 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：_____		MAIL：_____		
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	身分證/居留證號	出生年月日(西元) _____年 _____月 _____日		
	戶籍地址				連絡電話	
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上			住家： 手機：	
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人	關係	連絡電話		
	身分別	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	家庭狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 (<input type="checkbox"/> 單身 <input type="checkbox"/> 同居) <input type="checkbox"/> 已婚 (<input type="checkbox"/> 同住 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 失聯) <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 單親 ※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_____ <input type="checkbox"/> 留職停薪 <input type="checkbox"/> 無工作：經濟來源_____				
	居住情形	<input type="checkbox"/> 自宅(貸款 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____元/月) <input type="checkbox"/> 租屋(租金：_____元/月) <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <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 ※現階段治療： <input type="checkbox"/> 初診斷罹癌 <input type="checkbox"/> 復發治療 <input type="checkbox"/> 安寧照護				
	申請事由	對象： <input type="checkbox"/> 家計主要負擔者或 <input type="checkbox"/> 家中其他成員 (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	● 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 (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)			家系圖 (請畫三代)		
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： <input type="checkbox"/> 低收、中低收入戶相關補助，金額_____元 <input type="checkbox"/> 身心障礙，金額_____元 <input type="checkbox"/> 急難救助，核發日期_____金額_____元 <input type="checkbox"/> 學產基金，核發日期_____金額_____元 <input type="checkbox"/> 特殊境遇，核發期間_____金額_____元 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少，核發期間_____金額_____元 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無 其他具體說明：					

已 取 得 資 源 協 助 情 形	二、保險給付： <input type="checkbox"/> 公/勞/農/漁保給付 <input type="checkbox"/> 商業保險_____ <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(請詳述民間單位提供的補助項目、時程、金額或內容： (例如：癌症希望基金會、陽光基金會…等) 四、親屬協助概況		
疾 病 治 療 與 營 養 情 形	一、本次治療內容及相關醫療支出情形： ※確診日期：____年__月__日 ※復發日期：____年__月__日 ※ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無自費藥物 <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"/> 抗荷爾蒙治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療 <input type="checkbox"/> 其他治療_____		
	描述： 二、目前健康與營養攝取狀況： -健康狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需他人照護 ※進食狀況： <input type="checkbox"/> 灌食(鼻胃管/胃造口) <input type="checkbox"/> 吞嚥咀嚼不易 ※身高：__cm/體重：__kg/理想體重：__kg ※近期體重變化： <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少__kg/__(月/週) ※營養需求：建議每日攝取____瓶營養品(填妥上述資料，或檢附醫院/社福單位開立的營養評估表) 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存摺封面影本(郵局或華南銀行)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，並返還補助金。 ◆ 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。		當 事 人 (必 填) 日期 (簽章)
	檢 附 文 件 必須 檢附文件： <input type="checkbox"/> 本會轉介單 <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"/> 國稅局財產、所得證明 <input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明 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"/> 營養需求說明 <input type="checkbox"/> 其他_____ 無須 提供醫療收據		轉介單位 單位主管 轉介單位 承辦人員 (核章) (核章)

※轉介單位請詳閱扶助辦法，確實填寫表列項目，並將此表單與檢附文件，以郵寄或傳真寄送至基金會，並來電本會確認：
 地址：桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 育田基金會(癌友家庭扶助轉介表) 電話：03-328-5188 傳真：03-328-7258