財團法人育田社會福利慈善基金會

114年修訂版

癌友家庭扶助轉介表

編號： (本會填寫)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 轉介單位 | | □醫院 □社會福利服務中心 □社福團體 □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 | | | | | | | |
| 申請項目（可複選） | | | | | □經濟扶助 | | □營養補助 | | | 對象 | | □家計主要負擔者 | | | | □家中其他成員 |
|  | 姓名 | |  | | | □男 □女 | | 身份證/居留證號 | | | | | | 出生年月日 | | |
|  | | | | | | 西元　　　年 月 日 | | |
| 戶籍地址 | | |  | | | | | | | | | | 連絡電話  住家:  手機: | | |
| 通訊地址 | | | □同上 | | | | | | | | | |
| 主要  聯絡人 | | | □同個案本人 | | | | 關係 | | |  | 連絡  電話 | |  | | |
| 身分別 | | | □無　□原住民　□新住民　□外國籍　□其他 | | | | | | | | | | | | |
| 家庭狀況 | | | □未婚 (□單身 □同居)　□已婚 (□同住 □分居 □失聯)  □離異 □喪偶 □單親 | | | | | | | | | | | | |
| 就業情形經濟來源 | | | □有工作： □正職 □兼職 □臨時工　※平均月收入  □留職停薪 □無工作：經濟來源 | | | | | | | | | | | | |
| 居住情形 | | | □自宅(貸款□無□有: 元/月) □租屋 (租金： 元/月)  □借住 □安置機構 □其他 | | | | | | | | | | | | |
| 診斷情形 | | | ※診斷名稱： ※癌症期別：□原位 □Ⅰ□Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ  ※現階段治療：□初診斷罹癌 □復發治療　□安寧照護 | | | | | | | | | | | | |
| 申請事由 | **（請簡述申請事由，描述需本會協助之處**）  ※扶養年邁雙親與未成年子女　 　人 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭成員及經濟概況 | * 收入來源：全戶工作人口 人；收入 　　 元/月   家系圖（請畫三代）   * 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) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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：   1. 政府資源：   □低收、中低收入戶相關補助，金額　　　　元　□身心障礙，金額　　　　元  □急難救助，核發日期　　　　金額　　　　元　□學產基金，核發日期　　　　金額　　　　元 □特殊境遇，核發期間　　　　金額　　　　元　□弱勢兒少，核發期間　　　　金額　　　　元 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □無  **其他具體說明**： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 已取得資源協助情形 | 1. 保險給付：□公/勞/農/漁保給付 □商業保險\_\_\_\_\_\_\_\_ □其他\_\_\_\_\_\_\_\_　　□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)**：   1. 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)   1. 親屬協助概況 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病治療與營養情形 | 1. 本次治療內容及相關醫療情形：   ※確診日期: 年 月 日　※復發日期: 年 月 日　　※□有□無自費藥物  □有□無手術，手術名稱 : 手術日期: 年 月 日  □放射線治療，自 年 月 日起，共次；現治療第 次。  □化學治療，自 年 月 日起，共次，頻率 周一次；現治療第 次。  □標靶藥物 □抗荷爾蒙治療 □免疫藥物治療 □其他治療  **描述:**   1. 目前健康與營養攝取狀況：   -健康狀況:□正常 □需他人照護 ※進食狀況:□灌食(鼻胃管/胃造口) □吞嚥咀嚼不易  ※近期體重變化: □增加□維持□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　□是　□否　有銀行帳戶凍結、強制扣款、郵局專戶情形 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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）** | | (簽章) | |
| **日期** | |  | |
| 檢附文件 | **必須**檢附文件：□ 本會轉介單 □ 戶籍謄本/戶口名簿影本  □ 最近一次癌症醫療診斷書 □ 國稅局財產、所得證明 或福利身分證明 （擇一）  **相關**證明文件：□ 身心障礙證明□ 在學證明□營養需求說明 □ 其他  **無須提供醫療收據** | | | | | | | | | | | | **轉介單位**  **單位主管** | | (核章) | |
| **轉介單位**  **承辦人員** | | (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