



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	☐ 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(____歲)	
	戶籍地址				西元_____年_____月_____日	
	通訊地址	☐ 同上			連絡電話	
	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		☐ 有工作： ☐ 正職 ☐ 兼職 ☐ 臨時工 ※平均月收入_____			
	經濟來源		☐ 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， ☐ 就讀國中(含)以下子女，因家庭經濟困難，有餐食扶助需求					
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： ☐ 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 ☐ 經濟脆弱戶學生學校午餐費補助 ☐ 其他_____ ☐ 無 其他具體說明：					

已 取 得 資 源 協 助 情 形	二、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)： 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		
	一、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： 二、目前健康與營養攝取狀況： -健康狀況： ☐ 正常 ☐ 需他人照護 ☐ 慢性疾病(糖尿病/腎臟病) ※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。 ◆ 個資同意書條款，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 ☐ 個資同意書 ☐ 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 轉介單位 承辦人員
			(核章) (核章)

※轉介單位請詳閱辦法並填寫，將此表與文件郵寄或 Email apply@mercyland.org.tw (PDF 須加密) 至本會並電洽確認。

地址：桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 育田基金會(癌友轉介表) 電話：03-328-5188。

財團法人育田社會福利慈善基金會

個人資料告知暨同意書

感謝您對財團法人育田社會福利慈善基金會（以下簡稱本會）之信任與支持。為執行「脆弱癌友家庭扶助」專案，並依據《個人資料保護法》第8條之規定，我們需向您告知以下事項，敬請詳細閱讀，並確認同意後簽署本同意書，以利後續作業進行：

壹、蒐集目的與使用範圍

本會為辦理脆弱癌症家庭之扶助、急難救助、營養補給、心理支持及其他社會福利服務，將基於以下特定目的，蒐集、處理及非營利目的之利用您的個人資料：辦理急難救助、物資補給、心理關懷與後續支持服務。與相關社福機構、慈善組織及合作單位查詢、連結與轉介服務。回覆主管機關或配合審核、稽核及績效報告之法定需求。建立與維護扶助紀錄、行政聯繫、資料核對及相關事務之執行。本會財務、統計、資料管理及人事、內部控制所需之行政作業

貳、蒐集之個人資料類別

為達上述目的，本會將蒐集並使用以下類別的個人資料，內容包含但不限於：基本資料：姓名、出生年月日、身分證字號、戶籍或通訊地址、聯絡方式等。家庭狀況：婚姻狀況、家庭成員、家庭經濟資料。醫療資訊：病歷摘要、診斷證明、治療紀錄。財務資料：收入來源、社會福利補助、帳戶資訊等，其他得以直接或間接識別個人身分之資訊。

參、利用期間、地區、對象與方式

利用期間：資料保存於本會存續期間，或依相關法令或契約約定之保存年限、服務完成後需依法保存之期間。利用地區：中華民國境內。利用對象：本會、主管機關、合作社福機構、公益單位、審計與查核單位。利用方式：以自動化或非自動化方式進行蒐集、紀錄、處理、建檔、儲存、檢索、傳輸、揭露、轉介、統計或其他符合法令之使用。

肆、個人資料當事人權利

您有權依法向本會行使以下權利（得書面提出申請）：查詢或請求閱覽、製給複製本。請求補充、更正（應提出適當說明）。請求停止蒐集、處理、利用或請求刪除（惟依法或本會基於執行業務所需得不予配合）。若經由他人代辦，應另附委託書與雙方身份證明文件

伍、未提供資料之影響

您得自由選擇是否提供個人資料。惟若您選擇不提供或請求刪除重要資料，可能將影響本會進行必要審核、評估與服務提供，並可能導致無法進行扶助申請程序，敬請理解。

陸、同意聲明

本人或本人之法定代理人／受託人已：詳讀並理解本會就個人資料保護法所進行之說明。同意本會基於公益目的之蒐集、處理與利用個人資料。保證所提供之資料為真實、正確，並願意主動提供更新資訊。瞭解本會得依相關法令或契約進行資料之保存與運用。請您詳閱以上內容後簽名，以利本會後續行政與服務安排。

申請人即同意人簽名：_____

法定代理人／監護人或輔助人簽名：_____

日期：中華民國_____年_____月_____日