

## 中華民國紅十字會急難救助申請表

		編號：_____		(本會填寫)		
申請單位	<input type="checkbox"/> _____ 紅十字會 <input type="checkbox"/> _____ 醫院 _____ 室/課/科 <input type="checkbox"/> _____ 縣/市( <input type="checkbox"/> 家防中心 <input type="checkbox"/> _____ 區/鄉/鎮公所 <input type="checkbox"/> _____ 福利服務中心 <input type="checkbox"/> 其他) <input type="checkbox"/> _____ 基金會/協會 <input type="checkbox"/> 其他 _____					
	承辦人員姓名：_____		連絡電話：_____		傳真電話：_____	
電子信箱(Email)：_____		(必填，審查回覆用)				
受理時間：_____年 _____月 _____日			最近一次訪視/會談時間：_____年 _____月 _____日			
因遭遇急難事件須協助者基本資料	姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身分證/居留證號		出生年月日：_____年 _____月 _____日	
	戶籍地址				電話：_____	
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上			手機：_____	
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人	關係	連絡電話		
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶	就業情形	<input type="checkbox"/> 全職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工 <input type="checkbox"/> 退休無業 <input type="checkbox"/> 待業中 <input type="checkbox"/> 未就業 ※平均月收入_____元		
	居住情形	<input type="checkbox"/> 自宅 (貸款：_____元/月) <input type="checkbox"/> 機構安置/庇護 <input type="checkbox"/> 租屋 (租金：_____元/月) <input type="checkbox"/> 其他 _____				
急難事由(請勾選)	<input type="checkbox"/> 1. 近三個月內，家中生計負擔者死亡、罹患重大傷病、失業、失蹤、入獄服刑、因天然災害或意外所引起之事件或其他原因，失去穩定經濟來源，導致生活陷困者。 <input type="checkbox"/> 2. 因單親、隔代教養、家庭暴力或家中無工作人口，遭遇突發事件無法支應相關支出，生活產生危機者。 <input type="checkbox"/> 3. 因家中成員有身心障礙、酒癮藥癮、自殺傾向或自殺紀錄需密集就醫者，現遭遇突發事件而導致家中經濟不足以維持其穩定就醫。 <input type="checkbox"/> 4. 因發生上述三項其中之一情況，導致家中學童有積欠學費而無法穩定就學。 <input type="checkbox"/> 5. 其他說明：_____					
簽章	1. 本申請文件中有關急難事件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。 2. 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。 3. 申請表如相關資料未詳實填具完整、未有案家簽章，恕不受理。			受助人或其家人	(簽名或蓋章)	
				日期		

※ 本頁開始由申請單位人員填寫 ※

個案來源	<input type="checkbox"/> 當事人求助 <input type="checkbox"/> 當事人親友 <input type="checkbox"/> 單位主動發掘 <input type="checkbox"/> 志工提報 <input type="checkbox"/> 其他_____
	<input type="checkbox"/> 其他單位轉介 ( <input type="checkbox"/> 村里辦公室 <input type="checkbox"/> 社政機關 <input type="checkbox"/> 民間慈善單位 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 醫院 )
	轉介單位名稱：_____ 轉介人員姓名：_____ 連絡電話：_____

**案家概況**

	稱謂	姓名	出生年月日	性別	就業/學情形	未就業原因	健康/失能狀況	身份	每月工作收入	領取政府補助
同住家屬										

◎身份:A 一般戶 B 中低收入戶(含中低收入老人) C 低收入戶(請註明\_\_款) D 榮民/眷 E 其他(請敘明)

資源協助情形	政府相關補助	<input type="checkbox"/> 中/低收入戶生活補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭_____元/月 <input type="checkbox"/> 老農津貼/國民年金_____元/月 <input type="checkbox"/> 兒少補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 輔具補助 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 身心障礙養護補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 喪葬補助/死亡給付_____元 <input type="checkbox"/> 租屋補助_____元/月 <input type="checkbox"/> 健保費補助 <input type="checkbox"/> 托育補助 <input type="checkbox"/> 市民醫療補助 <input type="checkbox"/> 中低老人特別照顧津貼_____元 <input type="checkbox"/> 重大災害補助_____元 <input type="checkbox"/> (公所/急難紓困)急難救助金_____元 <input type="checkbox"/> 其他：_____
	保險給付及其他社會資源	1、保險： <input type="checkbox"/> 失能給付 <input type="checkbox"/> 傷病給付 <input type="checkbox"/> 死亡給付 <input type="checkbox"/> 年金/退休金_____元/月 <input type="checkbox"/> 失業給付 <input type="checkbox"/> 其他_____；共計已核定_____元 2、已獲得/申請中： <input type="checkbox"/> _____ (單位)_____補助_____元 <input type="checkbox"/> _____ (單位)_____補助_____元 3、其他： <input type="checkbox"/> 媒體露出募捐或捐款 <input type="checkbox"/> 賠償金_____元 <input type="checkbox"/> 物資_____

申請單位說明	<p>★ 請申請單位人員詳述下列3點：</p> <p>1、案家主述問題及急難事件(家中誰發生何事、何時、何地、目前情況)</p> <p>2、案家家庭狀況及親友支持系統(案家誰在負擔生計、親友支持系統及社會資源)</p> <p>3、案家目前收支狀況及生活陷入危難情形、評估擬協助重點</p>
--------	--

申請單位說明

家系圖	補助需求	<input type="checkbox"/> 基本生活費 <input type="checkbox"/> 醫藥費 <input type="checkbox"/> 學費 <input type="checkbox"/> 喪葬費 <input type="checkbox"/> 重大災難補助 <input type="checkbox"/> 安養/照顧費 <input type="checkbox"/> 其它_____		
	證明文件	<input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本(不可省略記事)/居留證影本 <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"/> (中)低收入戶/全戶財稅證明 <input type="checkbox"/> 醫療診斷 <input type="checkbox"/> 機構轉介單 <input type="checkbox"/> 費用單據明細 <input type="checkbox"/> 其他_____		
	申請單位 主管/督導		申請單位 承辦人員	
			填表日期	年    月    日

※為縮短本會審核時間，請確實填寫表列項目，並於填妥後郵寄本會社會工作處(10855 台北市萬華區艋舺大道 303 號；02-23628232)，申請文件及相關附件不予退還，補助之審查結果將由本會直接回覆申請單位，不另行通知個案。