

愛在並肩行--

育田基金會 2015 重病危機家庭扶助辦法

104.1.1 公告實施

壹、目的：協助罹患重病者家庭於積極治療期間的基本需求，使其不因減少工作人口收入短缺或醫療支出遽增而影響原有穩定性，避免陷入家庭瓦解危機。

貳、扶助對象

一、家計主要負擔者或家庭成員有以下情況之一，目前無法工作，且無其他工作人口或收入不足以支應基本生活，致使家中經濟陷入困難的重病危機家庭。

(一) 罹患癌症，仍在積極治療期間（含手術、化療、放射治療、復健...等療程）；

(二) 罹患重大傷病且已接受安寧緩和照護；

(三) 重大器官失功能目前正準備接受移植或甫經移植手術之復原期間；

二、以上對象不包含已入住機構之個案。

參、扶助項目

一、急難救助：符合上述資格之受助家庭近期遭逢重大變故等意外事件之急難事由，無力負擔基本生活開銷或龐大支出，例如：學費、喪葬...等，採一次給付（本項不含輔具等醫療器材購置費用）。

二、短期生活扶助：協助支應家中營養品、就醫或就學往返交通費等基本生活開銷（不含醫療及看護費用）。補助期間 1 至 3 個月，並得視治療情形提前中止或延長乙次，補助期限至多以 6 個月為限。

三、以上二項補助金額由本會社工依個別家庭進行家庭整體經濟評估後核定之。

肆、扶助期間：自 104 年 1 月 1 日起至 104 年 12 月 31 日

伍、實施範圍：全國及離島各地區。

陸、申請方式：

一、經由就醫之醫院社服（工）室社工人員、癌症資源中心社工或個管師評估後轉介。

- 二、經由實際居住地之政府社會局處及所屬福利服務中心¹社工人員評估轉介。
- 三、本會合作之社福單位針對既有服務個案轉介。
- 四、若為實際居住於桃園以北地區（含桃園縣、新北市、台北市、基隆市四縣市）之民眾除了經由上述三種管道申請外，亦可自行送件申請，或經由村里長、學校老師或社工、或是已接受服務的立案社福單位轉介。
- 五、送件方式：由各轉介單位人員填妥本會「轉介單」，並經案家同意簽名後，將此轉介單及相關證明文件以傳真、郵寄正本或是 E 送掃描檔至本會，本會於收到轉介單後會與轉介單位人員及案家取得聯繫。若為民眾自行申請則請填妥申請表後檢附相關文件郵寄正本至本會提出申請。本會連絡電話：03-3285188，傳真電話：03-3287258；郵寄地址為「33367 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 財團法人育田社會福利慈善基金會 收」。
- 六、申請注意事項：
- （一）提出申請時無須註明「急難救助」或「短期生活扶助」，本會會依據申請時是否遭逢急難事件作為評判標準，並經專業評估後審定扶助內容。
 - （二）本會社工評估時會視文件中訊息提供完整度進行電訪或實地家訪，倘若無法配合訪視的案家恐無法核予補助。
 - （三）若近期已接受或當月同步申請其他單位之經濟補助協助短期生活者，本會可依申請者實際生活情形及接受補助資源情形評估調整補助額度或暫緩補助。
 - （四）受助家庭當年度接受本會補助以一次為限，倘若經本會評估有補助的急迫性之特殊情況則不在此限。
 - （五）若在本會提供「短期生活扶助」期間新發生急難事件需額外進行經濟協助者，仍可申請急難救助，或由本會協助轉介申請其他單位急難救助。
 - （六）經本會核定補助「短期生活扶助」者，若於期間受助者不幸往生，或家中經濟需求已獲滿足，補助目的消失即終止，唯若因喪葬等額外支出仍有生活危難之虞，經會內評估後仍可考量實質性幫助繼續撥付原核定補助或改訂補助期間，或轉成急難救助協助之。
 - （七）申請時請務必附上所需文件以利承辦人員初審，資料不齊全恐影響審核時程。

¹ 此處指涉之福利服務中心包括：家庭福利服務中心、社會福利服務中心、單親、老人、身心障礙、少年及新移民福利服務中心，以及各項政府委辦福利服務方案之委辦社福團體 ex. 家暴、高風險…等

財團法人育田社會福利慈善基金會 重病危機家庭經濟扶助轉介單

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：_____年 _____月 _____日	
	主要聯絡人		<input type="checkbox"/> 同個案本人		關係		連絡電話	
	戶籍地址		電話：_____					
	通訊地址		<input type="checkbox"/> 同上					
	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		工作收入： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(工作類型：_____)	
					經濟來源		經濟來源：_____	
					※平均月收入_____元			
家中罹患重大傷病成員		<input type="checkbox"/> 案主 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 手足 <input type="checkbox"/> _____		疾病主診斷及治療情形		疾病診斷名：_____ (需與診斷書相符) 最近一個月治療情形：_____ 後續醫療處置：_____		
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_____						
符合資格		<input type="checkbox"/> 家計主要負擔者因為罹患癌症，仍在積極治療期間(含手術、化療、復健...等治療)，或已(準備)接受安寧緩和照護之重大傷病患者家庭，或正準備接受及甫接受器官移植之重病患者，無法工作且親友支持薄弱，導致家中經濟陷入困難需要協助。 <input type="checkbox"/> 家中其他成員因上述因素，致使家計主要負擔者需負擔照顧責任短期無法工作，或家中無其他工作人口，收入中斷或不足以維持家計，導致家庭經濟陷入困難者。						
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_____						
		一、已進行的治療內容及相關醫療支出情形：						
		二、後續預計進行的醫療處遇(含復健)、持續時間及醫療所需支出：						
家庭成員及經濟概況								

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"/> 低收入戶相關補助 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭補助 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 敬老津貼 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 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)：		
	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：			
四、親友協助情形說明：			
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 (簽名蓋章)
	◆ 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"/> 最近一次就醫醫療診斷書 <input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明 或 國稅局財稅證明(非中低收入戶須附)		轉介單位 主管 (核章)
	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 承辦人員 (核章)

※請轉介單位確實填寫表列項目，填妥後將此表單及相關證明文件以傳真(03-3287258)或郵寄正本(33367 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓)向本會提出申請，為避免文件在傳遞過程中遺失，請轉介單位於送件後務必來電與承辦人員確認(03-3285188*114 王社工)，謝謝。



財團法人育田社會福利慈善基金會 重病危機家庭經濟扶助申請表

編號： (本會填寫)

申請人		申請時間	年 月 日			
個案基本資料	姓名	身分證/居留證號		國籍	<input type="checkbox"/> 本國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍 <input type="checkbox"/> 外國籍但領有身分證	
	出生年月日	民國 年 月 日	婚姻狀況	<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	家中人口數	(含未成年子女 ___ 名)
	戶籍地址					
	居住地址	<input type="checkbox"/> 同上				
	連絡電話	住家： 手機：	健康情形	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 身心障礙：_____ <input type="checkbox"/> 疾病：_____		
	主要聯絡人		與個案關係	連絡電話	手機：	住家：
困境說明	<input type="checkbox"/> 家計主要負擔者因為罹患癌症，仍在積極治療期間（含手術、化療、復健…等治療），或已（準備）接受安寧緩和照護之重大傷病患者家庭，或正準備接受及甫接受器官移植之重病患者，無法工作且親友支持薄弱，導致家中經濟陷入困難需要協助。 <input type="checkbox"/> 家中其他成員因上述因素，致使家計主要負擔者需負擔照顧責任短期無法工作，或家中無其他工作人口，收入中斷或不足以維持家計，導致家庭經濟陷入困難者。					
治療概況及醫療支出	政府及慈善單位補助					
家庭成員及經濟概況						
申請文件	必須檢附文件： <input type="checkbox"/> 戶籍謄本/戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 最近一次就醫醫療診斷書 <input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明 或 國稅局財稅證明(非中低收入戶須附) 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 _____					
簽章	1.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。 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。			當事人或家屬	(簽名蓋章)	
				日期		

※請確實填寫表列項目，並留下確實可聯繫到的電話及住址以利本會安排後續訪視事宜，填妥後請郵寄正本及相關文件至本會(333 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓)，如有需要可電聯 03-3285188 洽詢本會社工，謝謝。

