財團法人育田社會福利慈善基金會

112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 □學校 □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 | | | | | | | |
| 當事人基本資料 | 姓名 | |  | | □男 □女 | 身份證/居留證號 | | | | | | | 出生年月日 | |
|  | | | | | | | 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 | |  | |
| 家庭狀況 | | | □已婚 □未婚 □離異  □喪偶 □同居 □分居  扶養年邁雙親與未成年子女　 　人 | | | | 就業情形經濟來源 | | □有工作: □正職 □兼職 □臨時工  ※平均月收入 元  □無工作:經濟來源 | | | | |
| 居住情形 | | | □自宅 (貸款： 元/月) □租屋 (租金： 元/月) □其他 | | | | | | | | | | |
| 診斷情形 | | | 診斷名稱： 癌症期別：□原位 □Ⅰ□Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ □安寧照護 | | | | | | | | | | |
| 申請事由 | **對象：**□家計主要負擔者或□家中其他成員；情形：□罹患**癌症**，仍在接受治療者；□罹患癌症，接受安寧照護。  **申請項目：**□ 營養品補助 □急難救助 □交通補助  **（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   家系圖（請畫三代）   * 目前存款總額(全戶人口)：　　　　　　　　　元 * 是否擁有□車輛　　台；□房屋　　棟；□土地　　筆   (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：□低收入戶相關補助 □特殊境遇家庭補助 □弱勢兒少 □身心障礙   □急難救助 □學產基金 □其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □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)**： | | | | | | | | | | | | | |
| 已取得資源協助情形 | 1. 保險給付：□勞保給付 □農漁保給付 □私人醫療保險 □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：   (例如：陽光、慈濟、全聯、台癌/癌症希望基金會或是其他單位，並陳述從補助時程與補助內容)   1. 親屬協助概況 | | | | | | | | | | | | | |
| 疾病治療與營養情形 | 此次疾病治療為 □確診後治療 □復發後治療 □其他 □有□無 自費藥物   1. 本次治療內容及相關醫療支出情形：　確診日期: 年 月 日   □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  身高: cm/體重: kg/理想體重: kg；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、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）** | | (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 □(中)低收入戶證明  **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，以下列方式寄送至基金會，並**來電**本會確認：**總會:03-3285188；東區辦事處03-8630007**

1.郵寄: **總會**-33376桃園市龜山區文東五街37巷37號2樓 // **東區辦事處**97053花蓮縣花蓮市自由街150號3樓之5

2.傳真: **總會**03-328-7258 **東區辦事處** 03-863-0017 3.服務區域: **東區辦事處(宜蘭、花蓮、台東)；總會(其他區域)**