



財團法人新北市悅融社會福利基金會急難救助申請表

 本人申請

 代理人申請

申請日期(西元):

年 月 日

個人資料	姓名		身份證號		生理性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日(西元)	年 月 日	
	行動電話		電話	H() 0()	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 其他	最高學歷		
	住址	郵遞區號: □□□-□□□					國籍	<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人	
	保險	<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 國保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 學保 <input type="checkbox"/> 汽車強制險 <input type="checkbox"/> 商業保險							
家庭狀況	家屬	<input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 配偶父 <input type="checkbox"/> 配偶母 ; 兄__人 弟__人 姊__人 妹__人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 同居人 ; 子__人 女__人 孫子__人 孫女__人 ; 其他親屬__人							
	就學人口	幼稚園__人; 小學__人; 國中__人; 高中職__人; 專科/大學__人; 碩博士__人							
	健康	<input type="checkbox"/> 有罹病, 共__人; 病名_____ <input type="checkbox"/> 重大傷病卡							
		<input type="checkbox"/> 有身心障礙手冊, 共__人; 障別_____等級_____ <input type="checkbox"/> 需 24 小時照顧							
	就業情形	<input type="checkbox"/> 無人工作。家中共__人在工作, 共_____元收入。 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 家人(稱謂)_____, 工作名稱_____, 月收入_____元。 <input type="checkbox"/> 家人(稱謂)_____, 工作名稱_____, 月收入_____元。 <input type="checkbox"/> 家人(稱謂)_____, 工作名稱_____, 月收入_____元。							
	急難支出	因應本次(<input type="checkbox"/> 急難 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 喪葬 <input type="checkbox"/> 生活) 已支出總金額_____元。							
每月生活支出	1. 住屋狀況: <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 借住, 每月住屋支出_____元 2. 伙食費: _____元 7. 每月學費: _____元 12. 網路、第四台: _____元 3. 醫療費: _____元 8. 手機、電話費: _____元 13. 營養保健品: _____元 4. 交通費: _____元 9. 每月電費: _____元 14. 菸、酒、檳榔: _____元 5. 勞/國保: _____元 10. 每月水費: _____元 15. 債務: _____元 6. 健保費: _____元 11. 瓦斯費: _____元 全家每月總支出: _____元								
社會救助	政府補助	<input type="checkbox"/> 低收__款/類; <input type="checkbox"/> 家庭生活補助_____元; <input type="checkbox"/> 兒童生活補助共_____元 <input type="checkbox"/> 就學生活補助共_____元; <input type="checkbox"/> 弱勢兒少共_____元; <input type="checkbox"/> 特境家庭共_____元 <input type="checkbox"/> 育兒津貼共_____元; <input type="checkbox"/> 托育補助共_____元; <input type="checkbox"/> 殘障津貼共_____元 <input type="checkbox"/> 敬老年金/老農年金/中低收入老人共_____元; <input type="checkbox"/> 租屋補助_____元 <input type="checkbox"/> 勞保/勞退/國保/公保/榮保等老年給付或月退金或就養金_____元 <input type="checkbox"/> 急難救助_____元; <input type="checkbox"/> 市民醫療補助_____元; <input type="checkbox"/> 其他補助_____元							
	民間資源	社福團體補助: 親戚、朋友幫忙:							

財團法人新北市悅融社會福利基金會急難救助申請表

申請需求及急難說明	申請時家中所剩動產：現金_____元，存款_____元，有價證券_____元。 申請 <input type="checkbox"/> 急難 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 喪葬 <input type="checkbox"/> 天然災害 <input type="checkbox"/> 人為事故 <input type="checkbox"/> 生活費用補助，期待金額_____元。			
簡述				
重要通知	依據「財團法人法」第 25 條規定須公開接受補助者的姓名及補助金額，為勾選右欄選項者依法公開；因故更改申請人/受款人時，仍依右欄勾選結果處理。		<input type="checkbox"/> 不公開 <input type="checkbox"/> 公開	
	1. 依據「個人資料保護法」須告知申請人以下事項，如不同意恕不受理申請：同意為利救助評估後續作業，本會可蒐集、處理及利用申請人直接或間接識別個人資料，該個資以電子檔或紙本形式儲存，僅提供本會及因以上目的須要的第三方使用，於中華民國境內利用(必要時得包含境外)，於審核、追蹤、本會所規定存檔期限或是法令規定之期限內使用。申請人就其個人資料得向本會請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用、刪除個資，以上請求以本人簽章之書面提出。 2. 申請人同意本會「急難救助金申請辦法」所有條文及內容。 3. 同意審核通過之急難救助金額，依國稅局規定，列入申請人當年度所得申報。 4. 本申請書有關申請人基本資料、急難說明、證明文件，均係申請人據實提供，並同意本基金會訪視人員訪視申請人及家庭，以利急難救助評估及後續業務執行，訪視時均由申請人或家屬據實陳述，如有不實，願自負法律責任。		申請人或代理人詳閱左欄重要通知後，簽章以示瞭解與同意。 簽章_____	
以下文件請儘量檢附，將有助於審查(正副本皆可)				
應檢附之資料	必備	1. 全戶戶籍謄本 2. 申請人身分證 3. 存摺封面(請確定非法院強制扣款戶、救助專戶或靜止戶) 4. 當年度低收入/中低收入證明或家庭清寒證明		
	視需求準備	1. 重大傷病核定通知單 2. 身心障礙手冊 3. 醫師診斷證明書及醫療、看護、安養費等大額花費收據 4. 受災證明、車禍三聯單 5. 租屋合約書 6. 喪葬補助，僅限付出喪葬費的死者家屬申請，請檢附死亡證明書、葬儀社收據等 7. 可資證明困境的照片或其他文件、證明 8. 其他：		
轉介單位資料區				
轉介單位公印	轉介單位全名正楷：		轉介單位主管核章	轉介人
				電話
				手機
				傳真
				e-mail
郵寄地址：		財團法人新北市悅融社會福利基金會		電話：(02)8751-9187 傳真：(02)8751-9587
		114006 台北市內湖區文湖街 87-1 號 1 樓		電子信箱：yuerong11210506@gmail.com
備註				