

財團法人張榮發慈善基金會社會救助金申請表

第1/2頁

表格更新日期：2010年8月30日

申請日期： 年 月 日

地址：100台北市中正區中山南路11號9樓 電話：(02)2351-9797分機343~345 傳真：(02)2391-5175 電子信箱：cyfcf@cyff.org.tw

本申請書共二頁，請申請人詳填，申請資格及程序請詳參「財團法人張榮發慈善基金會社會救助金申請辦法」；文件齊全者，將加速您的案件審核，通過者本基金會將另行通知，未通過者恕不退件及通知！

項目	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 急難 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 喪葬				帳戶狀況(是否遭強制執行) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日	年齡		
電話	H:() O:()		手機	身分證字號：			
住址							
保險	<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 學生保險 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 人身保險 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險						
家屬	存： <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；子__人 女__人 兄__人 弟__人 姊__人 妹__人						
學歷	婚姻	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 離婚；帶子__人 女__人					
家庭狀況	同住： <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 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄__人 <input type="checkbox"/> 弟__人 <input type="checkbox"/> 姐__人 <input type="checkbox"/> 妹__人 <input type="checkbox"/> 子__人 <input type="checkbox"/> 女__人 <input type="checkbox"/> 孫子__人 <input type="checkbox"/> 孫女__人 <input type="checkbox"/> 姪兒__人 <input type="checkbox"/> 外甥__人						
	就學： <input type="checkbox"/> 幼稚園__人 <input type="checkbox"/> 小學__人 <input type="checkbox"/> 國中__人 <input type="checkbox"/> 高中(職)__人 <input type="checkbox"/> 大專以上__人						
健康	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病名稱及造成原因： <input type="checkbox"/> 需人照料 <input type="checkbox"/> 需24小時照顧						
	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊：障別_____等級_____， <input type="checkbox"/> 重大傷病卡：病名_____。						
已 取 得 資 源	以下欄位未填寫者，恕難核准補助。						
	<input type="checkbox"/> 1.曾經從事行業(包含父母及本人)，任職公司/月薪：						
	<input type="checkbox"/> 2.已就業，任職公司/月薪： <input type="checkbox"/> 3.未就業，原因：						
	<input type="checkbox"/> 親戚、朋友或社會福利團體協助如下： <input type="checkbox"/> 金錢贊助，金額_____ <input type="checkbox"/> 其他：						
	取得政府補助如下： <input type="checkbox"/> 低收__款、每月共_____元 <input type="checkbox"/> 身障__人、每月共_____元 <input type="checkbox"/> 兒少__人、每月共_____元 <input type="checkbox"/> 敬老__人、每月共_____元 <input type="checkbox"/> 急難救助，金額_____元 <input type="checkbox"/> 其他：						
	<input type="checkbox"/> 無法取得政府補助或保險理賠原因(請務必說明)：						
每 月 生 活 支 出	<input type="checkbox"/> 收入來源(全戶所有工作人口收入)：						
	本次急難/災害/喪葬/醫療總支出：						
	1.住屋狀況： <input type="checkbox"/> 自有/每月貸款金額： <input type="checkbox"/> 租賃/每月房租： <input type="checkbox"/> 其他：						
	2. 勞保費/每人：		7. 學費支出：		12. 電話費：		
	3. 健保費/每人：		8. 營養午餐：		13. 第四台：		
	4. 伙食支出：		9. 水費：		14. 菸、酒、檳榔：		
	5. 交通支出：		10. 電費：		15. 其他：		
	6. 醫藥支出：		11. 瓦斯費：		每月總支出：		

<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">申請事由</p>	<p>簡要說明家庭背景、家庭成員、主要經濟來源、急難原因及目前遭遇的困難：</p>			
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">案家需求</p>			<p>申請人本人簽名蓋章</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 通過補助者將依規定寄發扣繳憑單。 2. 申請人同意本會人員電話訪問或家庭訪問並拍照存檔(資料保密)。 3. 申請人同意提供個人相關資料予轉介單位及本會。 	
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">應檢附之資料</p>	<p>文件不齊全者，將待補件後處理：</p> <p>1.全戶戶籍謄本正本。2.低收入戶證明書影本或家庭清寒證明(村里長發給)正本。 3.最新年度國稅局所得資料及財產歸屬資料清單正本。4.存摺封面影本。</p> <p>■ 申請醫療救助者請附(限事實發生三個月內)： 5.公、私立醫院之診斷證明書及醫療費用收據正本，健保欠費證明。</p> <p>■ 申請急難、災害救助者請附(限事實發生六個月內)： 5.需要急難救助相關證明文件(如火災、車禍、入獄、診斷證明...等)正本。</p> <p>■ 申請喪葬補助者請附(限事實發生三個月內、限死者家屬申請)： 5.死亡證明書正本。5.葬儀社收據或證明喪葬費用文件(未出殯前可先附估價單)</p> <p>其他可證明文件：重大傷病卡影本、身心障礙手冊影本、住家照片、學生證等等。</p>			
<p>轉介單位資料區</p>				
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">轉介單位公印</p>	<p>轉介單位全名正楷：</p> <p>公印：</p>	<p>轉介單位 主管簽章</p>	<p>轉介人</p>	<p>電話</p> <p>手機</p> <p>傳真</p> <p>e-mail</p>