



財團法人好心人慈善事業基金會
急難救助個案通報申請書

案件編號：

(本會填寫)

申請項目： <input type="checkbox"/> 緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 喪葬補助 <input type="checkbox"/> 其他(可複選)				收件時間： 年 月 日		
個案基本資料	個案姓名		性別		出生日期	
	身分證字號		家用電話		手機號碼	
	居住地址					
	戶籍地址					
	聯絡人姓名		聯絡人電話/手機			
急難救助內容	個案狀況	<input type="checkbox"/> 個案是家庭主要經濟來源者		<input type="checkbox"/> 個案不是家庭主要經濟來源者		
	發生時間	個案限發生之日起三個月內方可提出申請 民國 年 月 日				
	急難事由	<input type="checkbox"/> 緊急疾病 <input type="checkbox"/> 意外受傷 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 天然災害/人為事故 <input type="checkbox"/> 其他：				
	急難事由 詳述	<p>一、請詳述案主背景、家庭成員與主要經濟來源狀況</p> <p>二、具體說明案主目前遭遇的困難</p> <p>三、需要何種協助，並具體說明本補助款項之運用情形</p>				

證明文件	必 備	以下證明文件務必連同本申請書備齊繳交,如不同意恕無法受理申請,尚祈見諒	
	其 他	影本： <input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本(記事請勿省略) <input type="checkbox"/> 身分證正反面 <input type="checkbox"/> 個案或代收者帳號存摺封面 <input type="checkbox"/> 低收入戶/身障/殘障證明(正反面,三擇一) 正本： <input type="checkbox"/> 醫師診斷證明 <input type="checkbox"/> 個人資料告知暨同意書	
已 接 受 補 助	請說明個案已取得哪些單位協助,請詳列補助時間、金額與物資項目		
	<input type="checkbox"/> 低收入戶補助或津貼(請註明項目類別與金額)_____		
	<input type="checkbox"/> 身心障礙相關補助(請註明項目類別與金額)_____		
	<input type="checkbox"/> 兒童及青少年相關補助(請註明項目類別與金額)_____		
	<input type="checkbox"/> 婦女相關補助(請註明項目類別與金額)_____		
	<input type="checkbox"/> 老人相關補助(請註明項目類別與金額)_____		
	<input type="checkbox"/> 急難救助金(請註明項目類別與金額)_____		
轉 介 單 位	通報者姓名/單位：	通報者簽名	通報者單位簽章
	通報者連絡電話：		
	通報者郵箱：		
簽 名 蓋 章	若非個案本人主動申請,請代理或聯絡人進行簽章		個案申請人簽章：
<p>本申請書有關本人基本資料及急難說明及證明文件,均係本人據實提供,並同意好心人慈善事業基金會訪視人員訪視本人及家庭,以利急難救助評估及後續業務執行,訪視時均由本人或家屬據實陳述,如有不實,願自負法律責任;本人同意審核通過之急難救助金額列入本人當年度所得申報</p>			

請您協助詳細填寫上述資料以利本會盡速審核,填寫完畢後請您以下列聯絡方式與本會聯絡,謝謝!

請將本申請表與相關證明文件備齊後以郵寄方式寄至本會方可受理(申請人之申請表及檢

附資料皆不予退件)

財團法人好心人慈善基金會聯繫資料

住址：臺北市寶清街17號10樓之1

電話：(02)-27478969

Email：caretohelptw@gmail.com (僅供詢問聯絡) Website：www.caretohelptw.org