

財團法人育田社會福利慈善基金會 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 ☐ 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			
申請項目(可複選)		☐ 經濟扶助	☐ 營養補助	對象	☐ 家計主要負擔者 ☐ 家中其他成員	
個人及家庭資料	姓名	☐ 男 ☐ 女		身份證/居留證號		
	戶籍地址				出生年月日 西元 _____ 年 _____ 月 _____ 日	
	通訊地址	☐ 同上			連絡電話 住家：_____ 手機：_____	
	主要聯絡人	☐ 同個案本人	關係	連絡電話		
	身分別	☐ 無 ☐ 原住民 ☐ 新住民 ☐ 外國籍 ☐ 其他_____				
	家庭狀況	☐ 未婚(☐ 單身 ☐ 同居) ☐ 已婚(☐ 同住 ☐ 分居 ☐ 失聯) ☐ 離異 ☐ 喪偶 ☐ 單親				
	就業情形	☐ 有工作： ☐ 正職 ☐ 兼職 ☐ 臨時工 ※平均月收入_____				
	經濟來源	☐ 留職停薪 ☐ 無工作：經濟來源_____				
	居住情形	☐ 自宅(貸款 ☐ 無 ☐ 有：_____元/月) ☐ 租屋(租金：_____元/月) ☐ 借住 ☐ 安置機構 ☐ 其他_____				
	診斷情形	※診斷名稱：_____ ※癌症期別： ☐ 原位 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ※現階段治療： ☐ 初診斷罹癌 ☐ 復發治療 ☐ 安寧照護				
申請事由	(請簡述申請事由，描述需本會協助之處) ※扶養年邁雙親與未成年子女 _____ 人					
家庭成員及經濟概況	● 收入來源：全戶工作人口 _____ 人；收入 _____ 元/月 ● 目前存款總額(全戶人口)：_____ 元 (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)				家系圖(請畫三代)	
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： 一、政府資源： ☐ 低收、中低收入戶相關補助，金額 _____ 元 ☐ 身心障礙，金額 _____ 元 ☐ 急難救助，核發日期 _____ 金額 _____ 元 ☐ 學產基金，核發日期 _____ 金額 _____ 元 ☐ 特殊境遇，核發期間 _____ 金額 _____ 元 ☐ 弱勢兒少，核發期間 _____ 金額 _____ 元 ☐ 其他 _____ ☐ 無 其他具體說明：_____					

已 取 得 資 源 協 助 情 形	二、保險給付： ☐ 公/勞/農/漁保給付 ☐ 商業保險_____ ☐ 其他_____ ☐ 無 <u>各項保險給付補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：</u> 三、民間社福/慈善單位協助內容說明(請詳述民間單位提供的補助項目、時程、金額或內容： (例如：癌症希望基金會、陽光基金會…等) 四、親屬協助概況		
疾 病 治 療 與 營 養 情 形	一、本次治療內容及相關醫療情形： ※確診日期：____年____月____日 ※復發日期：____年____月____日 ※ ☐ 有 ☐ 無自費藥物 ☐ 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：		
	二、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 ※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、強制扣款、郵局專戶情形		
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 或福利身分證明 (擇一) 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，以郵寄或傳真寄送至基金會，並來電本會確認：
 地址：桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 育田基金會(癌友家庭扶助轉介表) 電話：03-328-5188 傳真：03-328-7258