

『財團法人久鑫公益基金會』個案轉介申請書

申請項目：☐家庭急難救助 ☐學生急難救助 ☐醫療急難救助
(公部門、社福團體/案主為一般民眾) (學校/案主為學生) (醫院/案主為一般民眾)

收件編號：_____

案主姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	職業/ 科系年級		出生年月日	民國	年	月	日
身 份 別	☐ 一般 ☐ 原住民 ☐ 榮民 ☐ 新移民 ☐ 其他					身分證字號				
聯絡地址				聯絡電話	必填	個人 存摺 必填	案主有帳戶： ☐ 可使用 ☐ 遭凍結			
				手機號碼			案主無帳戶： ☐ 可開戶 ☐ 無法開戶			
若帳戶遭凍結或無法使用請勿提出申請										

I. 本人已詳閱相關辦法，同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「財團法人久鑫公益基金會」與第三方查詢，供審核使用。

II. 通過審核者之補助款金額將列計當年度收入，並將依國稅局規定寄發扣繳憑單。

III. 本人明白有權對轉介申請表與其附件行使以下權利：1.查詢或請求閱覽 2.請求製給複製本 3.請求補充或更正 4.請求停止蒐集、處理或利用 5.請求刪除本人個人資料。但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。

案主簽章：

(必填) 法定代理人：

(與案主關係：

※依個資法第九條「免告知義務」說明 若案主或法定代理人已簽名請略過

至今仍不知其法定代理人為何人(或無法聯繫)，為免損害案主接受補助審查權利，及促進社會公益，故未向其告知以上兩點事項。另為免影響審核結果，同意提供案主資料、家庭成員概況並同意「財團法人久鑫公益基金會」與第三方查詢，請各相關單位配合協助案主度過難關。

主管/承辦人：

____年__月__日

轉介 單位	名 稱	必填	住 址	必填
	轉介人/電話	必填	Email	
	導師/電話		Email	
			必填	申 請 日 期
			年	月 日

說明：請敘述家庭背景、成員及主要經濟來源狀況、急難原因及需求....等

家 庭 所 有 成 員 狀 況

稱謂	姓 名	年 齡	存/歿 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級	保險別 請填數字	稱謂	姓 名	年 齡	存/歿 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級	保險別 請填數字
案主											

家庭經濟狀況	全戶總人口數：_____人，工作人口數：_____人，就學人口數：_____人
全戶福利資 源現況 低收入戶 _____類/款	☐ 低收家庭生活補助 ☐ 兒少生活扶助 ☐ 學校仁愛基金補助 ☐ 馬上關懷
	☐ 低收就學生活補助 ☐ 老人生活津貼 ☐ 學產基金急難救助 ☐ 公所急難救助
	☐ 身心障礙生活補助 ☐ 醫院補助金額 ☐ 教育部助學金補助 ☐ 特種家庭生活扶助
	☐ 行天宮醫療專款 ☐ 其他(含已轉介單位)：_____
全戶家庭收入	☐ 無 ☐ 全戶每月工作平均總收入：_____元 ☐ 全戶利息收入_____元/年 ☐ 其他：_____
全戶家庭支出	☐ 生活費_____元/月 ☐ 房貸_____元/月 ☐ 房租_____元/月 ☐ 學雜費_____元/學期
	☐ 醫療費_____元 ☐ 喪葬費_____元 ☐ 其他 _____
主要負擔家計者	☐ 死亡 ☐ 身心障礙者 ☐ 服刑 ☐ 重大傷病患者 ☐ 其他 _____
檢 附 文 件	☐ 案主身分證正反面影本 ☐ 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) ☐ 低收入戶或清寒證明 ☐ 全戶最新年度國稅
	局所得資料及財產清單 ☐ 案主或家屬之帳戶存摺封面影本 ☐ 身心障礙手冊影本 ☐ 重大傷病卡 ☐ 診斷證明
	☐ 死亡證明 ☐ 其他：_____

轉介單位 建議		機構關防 (請蓋大印)	單位主管 (職章)	轉介人員 (職章)
------------	--	----------------	--------------	--------------

註：1.本表需由社會局、社會課、醫院社工室、各慈善社福機構專業社工人員、村里長，或學校單位填寫。

2.個案經主辦單位審查通過後通知轉介單位，轉介申請表及附件恕不退還(將尊重個人機密予以嚴格保密)。

3.審核通過之補助金為一次性給付，將不另行出示證明文件。

(收件編號由本法人填寫) 1100318 修訂

※申請書及附件請依序排列後於右上角裝訂此資料收件後恕不退還 惟將尊重個人機密予以嚴格保密
收件地址：23680 新北市土城區中山路1號9樓 財團法人久鑫公益基金會 電話：02-22671234 分機 801