

財團法人臺北市傳德慈善基金會傳德急難救助專案實施要點

一、主旨：

- 為發揮本基金會事業宗旨，協助遭受傷病、急難或災害之個人或家庭度過危機，提供個案經濟支持，扶助自立，特訂定此實施要點。

二、救助對象：

- 個案因疾病或重大傷害等緊急災難事件，造成家庭之生活困難，需要經濟協助者。（包括醫療扶助、緊急生活扶助等。）
- （一）醫療扶助：個案遭逢意外事件或罹病，無力支付醫療費用或醫療設施設備者。
- （二）緊急生活扶助：個案遭逢天災、意外、家庭變故、罹患重大疾病、死亡，導致家庭陷入困境者。
- （三）長期扶貧：個案屬於長期扶貧，一年以上案情為弱勢家庭者、導致家庭陷入困境者。

三、救助作業內容：

- （一）申請方式：為使補助經費有效的運用，本基金會救助對象經由醫院、社政單位、機構等轉介，填寫「急難救助轉介表」，向本會提出申請，經訪視評估案家實際狀況，符合扶助資格者填具「個案開案表」並擬定處遇計畫。
- （二）經費補助：各項補經費由本基金會視個案狀況核撥，以提供個案短期性經濟協助為原則，一經核准，得補助 1 萬元至 3 萬元不等，經 FB、YT 及本基金會官網等網路披露後，若案家情況特殊者，依其實際需求核定補助金額。
- （三）各類急難救助申請通過與否、金額多寡等事項，由本會全權審核並視個案狀況核撥。
- （四）補助期間派員進行訪視評估，視改善情況調整補助金額與期間。
- （五）補助受款者以案主為對象，由家眷或機構代收者須提出代收原因證明。

四、轉介注意事項：

- （一）檢附文件（可附影本）：
 1. 本會急難救助轉介表
 2. 近三個月內之同住全戶人口戶籍謄本或戶口名簿影本
 3. 醫療診斷證明書
 4. 其他相關證明文件：政府補助核定公文（ex.急難救助、弱勢兒少、特境家庭）、身障證明影本、近一年同住全戶人口完稅之綜合所得各類所得

資料清單及財產歸屬資料或低收入/中低收入戶證明（低收入證明與財稅證明二擇一）。

5. 個案居家環境及個案受傷等照片橫式，3~5 張。

6. 肖像權同意書（做為個案募款影片使用）。

- （二）本會社工評估時會視文件中訊息提供完整度進行電訪或實地家訪、院訪，倘若無法配合訪視者恐無法核予補助。
- （三）若近期已接受或當月同步申請其他社福單位補助，本會可依申請者實際生活情形，及已接受之資源情形，評估調整補助額度或是暫緩補助。
- （四）本會以轉帳方式撥付補助款項，故通過補助後需提供存摺封面影本，申請時請註明是否有帳戶凍結、強制扣款情形。
- （五）轉介表需經個案或其家屬簽名確認，若因故無法簽名時，請轉介人員於轉介單表中備註原因。

五、結案作業

- 以下情形將申請案以結案處理，將結束後續追蹤及募款作業，同時個案影片將下架。
 1. 案件當事人要求下架影片。
 2. 轉介社工認定不用再後續追蹤、可以結案之情形。
 3. 案件當事人已歿。
 4. 案件當事人已失連絡。
 5. 案件申請逾二年。
 6. 其他由本會視個案情形結案。

六、注意事項：

- 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。

七、本要點經本基金會會務會議通過後實施，修正時亦同。

- 第一次修訂為 111 年 1 月 5 日。
- 第二次修訂為 111 年 7 月 19 日。
- 第三次修訂為 112 年 3 月 2 日。

財團法人臺北市傳德慈善基金會

急難救助轉介表

編號：

(本會填寫)

轉介單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 社會福利服務中心 <input type="checkbox"/> 社福團體 <input type="checkbox"/> 其他 _____				
	單位全銜：_____		轉介人員：_____ (請註明職稱)		
電話：_____		分機：_____	email：_____		手機：_____
申請時間：_____年 _____月 _____日			最近一次與個案會談日期：_____年 _____月 _____日		
當事人基本資料	姓名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		身份證/居留證號	出生年月日
	戶籍地址				聯絡電話
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上			住家： 手機：
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人	關係	連絡電話	
	家庭狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 扶養年邁雙親與未成年子女____人	就業情形 經濟來源	<input type="checkbox"/> 有工作： <input type="checkbox"/> 正職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工 ※平均月收入_____元 <input type="checkbox"/> 無工作：經濟來源_____	
	居住情形	<input type="checkbox"/> 自宅(貸款：_____元/月) <input type="checkbox"/> 租屋(租金：_____元/月) <input type="checkbox"/> 其他_____			
	診斷情形	診斷名稱：_____			
申請事由	對象： <input type="checkbox"/> 家計主要負擔者或 <input type="checkbox"/> 家中其他成員；請簡述申請事由，描述需本會協助之處				
家庭成員及經濟概況	(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) ● 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 ● 是否擁有 <input type="checkbox"/> 車輛_____台； <input type="checkbox"/> 房屋_____棟； <input type="checkbox"/> 土地_____筆				
已取得資源協助情形	請敘明已接受或申請中之相關補助情形： 一、政府資源： <input type="checkbox"/> 低收入戶相關補助 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭補助 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 學產基金 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無 <u>各項政府資源補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：</u>				

	二、 保險給付： <input type="checkbox"/> 勞保給付 <input type="checkbox"/> 農漁保給付 <input type="checkbox"/> 私人醫療保險 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無 各項保險給付補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)： 三、 民間社福/慈善單位協助內容說明： 四、 親屬協助概況				
疾病治療情形	此次疾病治療為 <input type="checkbox"/> 確診後治療 <input type="checkbox"/> 復發後治療 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 自費藥物 一、 本次治療內容及相關醫療支出情形： 確診日期：_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無手術，手術名稱：_____手術日期：_____年____月____日 <input type="checkbox"/> 其他治療，治療名稱：_____，自____年____月____日起，共____次；現治療第____次。 描述： 二、 目前健康狀況： 描述：				
家系圖	(請依以上陳述在家系圖呈現)				請知本會急難救助資訊 問您透過何種管道得
評估指標	急難事由(以下請擇一打√) 長期疾病、貧窮 影響日常生活之事故、傷病 影響生活自理能力、工作收入之事故、傷病 重大傷病、事故		經濟狀況 一般 清寒 低收/中低收入戶 實際低收無福利身份		急難發生期間 一年以上 一年以內 六個月內 三個月內
其他	家庭支持功能 家庭經濟及心理支持完善 家庭支持低 無家庭支持 家庭支持低且為照顧者				
簽章	因本會以轉帳方式撥付補助款項，若通過補助則須提供銀行帳號(存摺封面影本) 請告知 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 有銀行帳戶凍結、或強制扣款情形				當事人 (簽章)
相關文件	◆ 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，並返還扶助金。 ◆ 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。				日期
必須檢附文件：	<input type="checkbox"/> 本會轉介單 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本/戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 肖像權同意書 相關證明文件： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 在學證明 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 國稅局財稅證明 <input type="checkbox"/> 〔中〕低收入戶證明(有此證明則免付財稅證明)				轉介單位承辦人員 (核章)

*轉介單位請詳閱難救助專案實施要點，確實填寫表列項目，並將此表單與檢附文件，以下列方式寄送至基金會，並來電本會確認：02-77516956

1.郵寄: 104030 台北市中山區德惠街 22 號 3 樓

2.傳真: 02-25923377

3.email : service@bliss.foundation

拍攝與肖像權使用同意書

立肖像權使用人 茲因申請財團法人臺北市傳德慈善基金會(以下簡稱本會)「急難救助專案」，本人同意並授權本會事項如下：

- 一、本人(單位)同意並授權本會，得拍攝本人，並有無償使用該拍攝之肖像權使用權利。
- 二、本人(單位)同意並授權所拍攝有關本人(單位)圖像、影像，本會具有完全之著作權，得於各媒體播放募款使用。
- 三、上揭同意及授權事項，本人(單位)特立本同意書為憑。

此致

財團法人臺北市傳德慈善基金會 存照

立肖像權使用同意書人(監護人)：

身分證字號：

聯絡地址：

連絡電話：

中華民國 年 月 日