

財團法人張榮發慈善基金會社會救助金申請表

表格更新:2023年06月01日

申請日期： 年 月 日

姓名		身份證號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年 月 日
手機		電話	H:() O:()	婚姻		學歷	
住址						國籍	<input type="checkbox"/> 本國人 <input type="checkbox"/> 外國人
保險	<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 國保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 學保 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險 <input type="checkbox"/> 商業保險						
家屬	<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；兄__人 弟__人 姊__人 妹__人 <input type="checkbox"/> 配偶 子__人 女__人 孫子__人 孫女__人；其他親屬__人 <input type="checkbox"/> 同居人						
就學人口	幼稚園__人；小學__人；國中__人；高中職__人；專科/大學__人；碩博士__人						
健康	<input type="checkbox"/> 有罹病，共__人；病名_____ <input type="checkbox"/> 重大傷病卡						
	<input type="checkbox"/> 有身心障礙手冊，共__人；障別_____等級_____ <input type="checkbox"/> 需24小時照顧						
政府補助	<input type="checkbox"/> 低收__款/類； <input type="checkbox"/> 家庭生活補助_____元； <input type="checkbox"/> 兒童生活補助共_____元						
	<input type="checkbox"/> 就學生活補助共_____元； <input type="checkbox"/> 弱勢兒少共_____元； <input type="checkbox"/> 特境家庭共_____元						
	<input type="checkbox"/> 育兒津貼共_____元； <input type="checkbox"/> 托育補助共_____元； <input type="checkbox"/> 殘障津貼共_____元						
	<input type="checkbox"/> 敬老年金/老農年金/中低收老人等共_____元； <input type="checkbox"/> 租屋補助_____元						
	<input type="checkbox"/> 勞保/勞退/國保/公保/榮保等老年給付或月退金或就養金_____元						
	<input type="checkbox"/> 急難救助_____元； <input type="checkbox"/> 市民醫療補助_____元； <input type="checkbox"/> 其他補助_____元						
民間資源	社福團體補助： 親戚、朋友幫忙：						
就業情形	<input type="checkbox"/> 無人工作。家中共__人在工作，共_____元收入。 <input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 家人(稱謂)_____，工作名稱_____，月收入_____元。 <input type="checkbox"/> 家人(稱謂)_____，工作名稱_____，月收入_____元。 <input type="checkbox"/> 家人(稱謂)_____，工作名稱_____，月收入_____元。						
急難支出	因應本次(<input type="checkbox"/> 急難 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 喪葬 <input type="checkbox"/> 生活)已支出總金額_____元。						
每月生活支出	1.住屋狀況： <input type="checkbox"/> 自有 <input type="checkbox"/> 租賃 <input type="checkbox"/> 借住，每月住屋支出_____元						
	2.伙食費：	元	7.每月學費：	元	12.網路、第四台：	元	
	3.醫藥費：	元	8.手機、電話費：	元	13.營養保健品：	元	
	4.交通費：	元	9.每月電費：	元	14.菸、酒、檳榔：	元	
	5.勞/國保：	元	10.每月水費：	元	15.債務：	元	
	6.健保費：	元	11.瓦斯費：	元	全家每月總支出：	元	

財團法人張榮發慈善基金會社會救助金申請表

申請事由及需求	申請時家中所剩動產：現金_____元，存款_____元，有價證券_____元。 申請 <input type="checkbox"/> 急難 <input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 喪葬 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 生活費用補助，期待金額_____元。		
重要通知	依據「財團法人法」第25條相關規定，本會須公開接受補助者的姓名及補助金額。 不願公開者，敬請事先以書面表示反對，本會將不公開之。		
	1. 依據「個人資料保護法」須告知申請人以下事項，如不同意恕不受理申請：同意為利救助評估及後續作業，本會可蒐集、處理及利用申請人直接或間接識別個人的資料，該個資以電子檔或紙本形式儲存，僅提供本會及因以上目的需要的第三方使用，於中華民國境內利用(必要時得包含境外)，於審核、追蹤、本會所規定存檔期限或是法令規定之期限內使用。申請人就其個人資料得向本會請求查詢、閱覽、製給複製本、補充、更正、停止蒐集、處理、利用、刪除個資，以上請求請以本人簽章之書面提出。 2. 申請人同意本會「社會救助金申請辦法」所有條文及內容。 3. 通過審核補助款將依國稅局規定申報所得。		申請人或代理人詳閱左欄重要通知後，簽章以示瞭解與同意。 簽章_____
應檢附之資料	以下文件請檢附(正副本皆可) 01. 全戶戶籍謄本及申請人身分證。 02. 存摺封面(請確定非法院強制扣款帳戶、救助專戶、靜止戶或外幣帳戶)。 03. 中、低收入戶或家庭清寒證明。 04. 重大傷病核定通知單、身心障礙手冊。 05. 國稅局最近一年度綜合所得稅各類所得資料清單。 06. 國稅局財產稅總歸戶財產查詢清單。 07. 醫師診斷證明書及醫療、看護、安養費等較大額花費收據。 08. 受災證明、車禍三聯單。 09. 租屋合約書。 10. 失蹤證明、入監證明、學生證、在學成績單等。 11. 喪葬補助僅限付出席費的死者家屬申請，請檢附死亡證明書、葬儀社收據等。 12. 可資證明困境的照片或其他文件、證明。		
轉介單位資料區(請記得蓋轉介單位印才能受理)			
轉介單位公印	轉介單位全名正楷： 公印：	轉介單位 主管簽章	轉介人 電話 手機 傳真 e-mail
郵寄地址：		電子信箱：cyfcf@cyff-charity.org.tw	
北部辦事處： (北基宜桃竹)	10048 台北市中正區中山南路11號九樓	電話：(02)2351-9797分機6204	傳真：(02)2391-5175
中部辦事處： (苗中彰投雲)	40310 台中市西區大隆路20號14樓之七-A棟	電話：(04)2310-6882	傳真：(04)2328-3197
南部辦事處： (嘉南高屏)	80247 高雄市苓雅區四維四路177號六樓	電話：(07)337-8370	傳真：(07)333-4530
東部辦事處： (花東)	97061 花蓮縣花蓮市中興路86號一樓	電話：(03)823-4107	傳真：(03)823-4108