

附表一強化社會安全網—急難紓困實施方案申請書/通報表

一、個案來源及流程

通報來源：本人 親人 社會福利服務中心 社區發展協會 學校 村里辦公處
鄰長 便利商店 警察單位 家暴及性侵害防治中心 醫療機構
相關機關(團體) 其他

聯絡方式：通報單位名稱及通報人姓名：_____ 聯絡電話：_____

受理窗口：_____村(里)辦公處，_____鄉(鎮、市、區)公所，
_____直轄市、縣(市)政府(社會福利服務中心)。

受理窗口受理通報時間：__年__月__日__時__分；
 受理窗口通報核定機關業務單位時間：__年__月__日__時__分
 訪視小組個案認定時間：__年__月__日__時__分；
 個案關懷救助金發給時間：__年__月__日__時__分

二、申請書

申 請 人	基本 資料	姓名：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生：__年__月__日 國民身分證統一編號：_____ 電話：(H) _____ (O) _____ (M) _____ 居住地址：_____ 戶籍地址：_____
	急難 事由	1. 事故發生者： <input type="checkbox"/> 負擔家庭主要生計責任者 <input type="checkbox"/> 非負擔家庭主要生計責任者 2. 事由： <input type="checkbox"/> 1) 死亡、失蹤或罹患重傷病、失業或因其他原因無法工作，致家庭生活陷於困境者。 <input type="checkbox"/> 2) 因經濟性因素有自殺之虞之通報個案。 <input type="checkbox"/> 3) 因經濟性因素並經通報為脆弱家庭成員。 <input type="checkbox"/> 4) 因遭家庭暴力、性侵害經通報或庇護安置，於緊急生活扶助金尚未核發期間，家庭生活陷於困境者。 <input type="checkbox"/> 5) 申請福利項目，於尚未核准期間，家庭生活陷於困境者 <input type="checkbox"/> 6) 其他因遭逢變故，致家庭生活陷於困境者。
	證明 文件	1. <input type="checkbox"/> 戶籍證明(或身分證明)或 <input type="checkbox"/> 其他敘明：_____ 2. 申請事由證明： <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 失蹤證明 <input type="checkbox"/> 罹患重傷病證明 <input type="checkbox"/> 失業證明 <input type="checkbox"/> 其他原因致無法工作證明 <input type="checkbox"/> 防治單位通報敘明：_____
	簽名 蓋章	1. 本表有關本人基本資料、急難事由、證明文件，均係本人據實提供；訪視小組訪視本人及家庭時，係由本人或家屬據實陳述；如有不實願自負法律責任，並返還關懷救助金。 2. 同意主管機關如有基於個案評估及審核之必要，得調閱本人及家屬之戶籍或財稅有關資料。 申請人簽名蓋章：_____ 年__月__日

臺東縣急難紓困/社會救助通報表

一、個案來源及流程

通報單位填寫	通報來源： <input type="checkbox"/> 當事人求助 <input type="checkbox"/> 當事人親屬 <input type="checkbox"/> 社會工作人員 <input type="checkbox"/> 村里幹事/鄰長 <input type="checkbox"/> 教育/保育人員 <input type="checkbox"/> 醫事人員 <input type="checkbox"/> 警察人員 <input type="checkbox"/> 社區發展協會 <input type="checkbox"/> 其他： 通報單位：名稱_____ 通報人姓名_____ 聯絡電話_____ 個案需求： <input type="checkbox"/> 急難紓困/急難救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 低收入戶生活扶助 <input type="checkbox"/> 其他 個案現況概述：
受理單位填寫	受理窗口：_____鄉鎮市公所 受理窗口受理通報時間：_____年_____月_____日_____時_____分； 受理窗口通報核定機關業務單位時間：_____年_____月_____日_____時_____分 個案認定時間：_____年_____月_____日_____時_____分； 個案核定金額發給時間：_____年_____月_____日_____時_____分

二、通報個案資料（請通報人員協助一併填寫其他基本資料）

基本資料	姓名：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生：_____年_____月_____日 國民身分證統一編號： 電話：(H) _____ (O) _____ (M) _____ 居住地址： 戶籍地址：
急難紓困暨急難救助	1. 事故發生者： <input type="checkbox"/> 負擔家庭主要生計責任者 <input type="checkbox"/> 非負擔家庭主要生計責任者 2. 事由： <input type="checkbox"/> 1)死亡 <input type="checkbox"/> 2)失蹤 <input type="checkbox"/> 3)罹患重傷病 <input type="checkbox"/> 4)失業 <input type="checkbox"/> 5)其他原因無法工作 <input type="checkbox"/> 6)其他重大變故 致家庭生活陷於困境。 3. 證明文件： <input type="checkbox"/> 戶籍證明（或身分證明） <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 失蹤證明 <input type="checkbox"/> 罹患重傷病證明 <input type="checkbox"/> 失業證明 <input type="checkbox"/> 其他原因致無法工作證明 <input type="checkbox"/> 防治單位通報敘明： 申請人簽名蓋章：_____年_____月_____日
醫療補助	1. 事故發生者： <input type="checkbox"/> 低收入戶（證書號：_____） <input type="checkbox"/> 中低收入戶（證書號：_____） <input type="checkbox"/> 一般縣民 2. 事由：罹患傷病名_____；自付醫療費用_____元 3. 證明文件： <input type="checkbox"/> 醫療診斷證明書（正本） <input type="checkbox"/> 最近三個月內之醫療費用收據（正本）

受理單位(各鄉鎮市公所社會課)傳真號碼：

台東市：322-353 卑南鄉：381-369 東河鄉：896-378 成功鎮：853-036 長濱鄉：832-318 池上鄉：863-891
 關山鎮：811-847 鹿野鄉：552-152 海端鄉：931-296 延平鄉：561-423 太麻里鄉：781-477 金峰鄉：751-129
 大武鄉：790-196 達仁鄉：702-360 綠島鄉：672-478 蘭嶼鄉：732-349

急難救助/生活扶助案：請傳個案戶籍所在地鄉鎮市公所社會課 急難紓困急難救助案：請傳個案居住地鄉鎮市公所社會課

附表三

強化社會安全網—急難紓困實施方案個案認定表

單位：新臺幣元

訪查認定時間：__年__月__日__時__分 受訪人：																		
申請人本人 申請人之																		
訪查內容	家庭狀況 (以實際共同生活人口為範圍)																	
	稱謂	姓名	年齡	健康情形	工作現況	每月收入	職業別保險	未就業原因	領取政府補助	稱謂	姓名	年齡	健康情形	工作現況	每月收入	職業別保險	未就業原因	領取政府補助
	本人																	
公所及縣市政府救助	一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第__款，每月生活扶助費共__元。 二、 <input type="checkbox"/> 已領取政府補助： <input type="checkbox"/> 老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助費 <input type="checkbox"/> 兒童、少年生活扶助 <input type="checkbox"/> 托育津貼 <input type="checkbox"/> 照顧津貼 <input type="checkbox"/> 其他生活扶助__，每月共__元。 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭__元。 三、 <input type="checkbox"/> 核發 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 住院看護費用補助__元。 四、 <input type="checkbox"/> 核發急難救助金直轄市、縣(市)政府__元。公所__元。 五、 <input type="checkbox"/> 轉介__機關收容。 六、 <input type="checkbox"/> 災害救助金__元。 七、 <input type="checkbox"/> 其他：__。									保險及社會資源								
										一、保險：(傷病、死亡者之保險情形) (一) 1 <input type="checkbox"/> 公保 2 <input type="checkbox"/> 勞保 3 <input type="checkbox"/> 農保 4 <input type="checkbox"/> 漁保 5 <input type="checkbox"/> 學保 6 <input type="checkbox"/> 軍榮保 7 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險 8 <input type="checkbox"/> 國保 9 <input type="checkbox"/> 其他 (二) <input type="checkbox"/> 保險給付__元； <input type="checkbox"/> 已領取 <input type="checkbox"/> 申請中 二、社會資源救助： 1 <input type="checkbox"/> 已獲__(基金會、宗教慈善團體) 救助__元。 2 <input type="checkbox"/> 登報募捐或捐款__元。 3 <input type="checkbox"/> 其他：__元。 三、賠償金：__元 <input type="checkbox"/> 未獲賠償原因：(車禍、職災及意外事故，請詳填)								
個案評估	一、急難事由 <input type="checkbox"/> 喪葬費用無力負擔(喪葬費用__元)。 <input type="checkbox"/> 醫療費用無力負擔(醫療費用__元)。 <input type="checkbox"/> 生活費用無著(原因)____。 <input type="checkbox"/> 其他____。									二、家庭狀況 (實際共同生活人口為範圍) 1. 實際收入__元 () 填註稱謂 () __元 + () __元 + () __元 + () __元 + () __元 + () __元 2. 實際收入__元 ÷ 實際共同生活人口__ = __元 3. 存款：__元。								
	1. 事故發生者： <input type="checkbox"/> 負家庭主要生計責任者 <input type="checkbox"/> 非負家庭主要生計責任者及其他因遭逢變故致家庭生活陷於困境。 2. 事由： <input type="checkbox"/> 1) 死亡認定指標 <input type="checkbox"/> 2) 失蹤認定指標 <input type="checkbox"/> 3) 罹患重傷病認定指標 <input type="checkbox"/> 4) 失業認定指標 <input type="checkbox"/> 5) 其他原因無法工作認定指標 <input type="checkbox"/> 6) 其他變故認定指標									四、關懷救助金給付方式 1. <input type="checkbox"/> 一次性關懷救助金__元 2. <input type="checkbox"/> 分__月(次)發給， <input type="checkbox"/> 每月(次)關懷救助金__元								
認定結果	三、問題及處遇 (含轉介及資源連結)																	
	本案經認定人員共同確認，認定結果如下： <input type="checkbox"/> 1. 經認定符合認定基準表： <input type="checkbox"/> 急難事由第__類之__ <input type="checkbox"/> 生活陷困第__類之__ <input type="checkbox"/> 關懷救助金 <input type="checkbox"/> 擬發給一次性關懷救助金__元。 <input type="checkbox"/> 分__月(次)發給關懷救助金計__元，本次已發給__元。 <input type="checkbox"/> 2. 經認定不符合認定基準表： <input type="checkbox"/> 急難事由第__類之__ <input type="checkbox"/> 生活陷困第__類之__， <input type="checkbox"/> 擬暫緩發給關懷救助金。 <input type="checkbox"/> 3. 其他處遇：協助申辦 <input type="checkbox"/> 低收入戶生活扶助 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 社會救助法第二十一條急難救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助或住院看護補助 <input type="checkbox"/> 福利服務及津貼 <input type="checkbox"/> 社會保險 <input type="checkbox"/> 轉介____。 <input type="checkbox"/> 4. 社會福利服務中心提供服務中。																	

通報或轉介社福中心
評估處遇

一、具有多重脆弱因子之六歲以下兒童家庭優先轉介(符合資格者無須再勾選二項直接轉介社福中心。請逕至社會安全網-關懷 e 起來系統 <http://59.120.137.45/Help> 填報社會安全網事件諮詢表):

二、核予急難救助金後仍符合下列評估指標者：

(一)疑似保護事件：(請逕至社會安全網-關懷 e 起來系統 <http://59.120.137.45/Help> 通報或填報保護事件通報，並填寫通報之表號)

- 1.有遭受身體、性及精神暴力等不當對待情事。
- 2.有兒童、少年、老人、身心障礙者監護或照顧不周情事。
- 3.有兒童、少年、老人、身心障礙遭受其他不當對待。

(二)3人訪視小組評估是否疑似脆弱家庭服務事件。(脆弱家庭指標之操作型定義-詳如附表五)

- 1.家庭經濟陷因致有福利需求：因長期性失業致家庭經濟陷因 因急難變故致家庭經濟陷因 因家庭成員傷病醫療致家庭經濟陷因 福利身分、資格爭議 家庭因債務致經濟陷因。
- 2.因家庭遭逢變故致家庭功能受損致有福利需求：天然災害或意外事故等突發性事件致家庭功能受損 主要照顧者突發性變故致家庭功能受損。
- 3.家庭關係衝突或疏離致有福利需求：家庭成員組成複雜致家庭成員有安全疑慮 親密關係不協調或衝突(未達家庭暴力程度) 致家庭成員身心健康堪慮 家庭成員關係不協調或衝突(未達家庭暴力程度)致家庭成員身心健康堪慮。
- 4.兒少發展不利處境致有特殊照顧或福利需求：具有特殊照顧需求之兒少 主要照顧者資源或教養知能不足 兒少不適應行為問題。
- 5.家庭成員身心障礙或傷、病、失能，致有特殊照顧或福利需求：失能、失智或身心障礙、重大傷病者等致有特殊照顧或福利需求 原照顧者不勝負荷或因故無法照顧 罹患精神疾病致有特殊照顧或福利需求 酒癮、藥癮等成癮性行為致有特殊照顧或福利需求。
- 6.因個人生活適應困難致有福利需求：自殺/自傷行為 社會支持網絡薄弱致有福利需求 流落街頭、居無定所。

疑似脆弱家庭服務事件轉介社福中心：

是 (請逕至社會安全網-關懷 e 起來系統 <http://59.120.137.45/Help> 填報社會安全網事件諮詢表) 表號：_____ (請填寫諮詢表號)

否 (說明：_____)

認定人員簽名	核定機關主辦業務單位代簽名	村(里)長或(里)幹事簽名	社福或公益機構(團體)代表(單位名稱、職稱)簽名	其他單位代表(單位名稱、職稱)簽名	核定機關審核	(呈第 層決行)
--------	---------------	---------------	--------------------------	-------------------	--------	----------

臺東縣達仁鄉公所

簽證編號#

粘貼憑證用紙

憑證編號	預算科目	金額						用途說明
	代收款 強化社會安全網-急 難紓困	佰 萬	拾 萬	萬	仟	佰	拾 元	支 村 君申請強化社會安全網- 急難紓困方案
			\$					

承辦人：	主計（審核）	秘 書	鄉 長
驗 收：			
課 長：			

----- 憑 證 粘 貼 線 -----

強化社會安全網-急難紓困方案領據

茲領到

台東縣政府發給

「強化社會安全網-急難紓困方案」急難救助金

新台幣

元整

此據

具領人：

(蓋章)

身分證號碼：

住址：

電話：

中華民國 年 月 日

強化社會安全網-急難紓困方案

委託財稅調件同意書

本人(法定代理人) _____ 申請強化社會安全網-急難紓困方案，同意委託台東縣社會處代為調閱綜合所得稅各所得資料清單與財產歸屬資料清單，調閱資料只提供此次申請使用，不得移作他用，調閱名單如下。

姓名：	身分證字號：

委託人簽章：

身分證號碼：

電話：

中華民國 年 月 日

強化社會安全網-急難紓困方案切結書

本人_____申請強化社會安全網-急難紓困

方案，保證遵守並符合以下相關規定：

- 一、申辦人相關生活及需求情況陳述皆屬事實。
- 二、急難救助費用支應於脫困所需，並應接受公所人員之訪視輔導。
- 三、需誠實告知是否尚領有其他政府或民間的福利補助及金額、各項保險給付(社會保險及民間保險)及賠償金。
- 四、申請人或其家屬確實無二人以上同時申請或一人重覆申請之情事。

立切結書人所具結如有不實而違反上述情形者，同意繳回溢領補助款項，並負擔一切法律責任，特立此切結書為證。

此致

臺東縣達仁鄉公所

切結人簽章：

身分證字號：

戶籍地址：

通訊地址：

電話：

中華民國 年 月 日

