

財團法人天王救難基金會 急難濟助辦法

一、目的：

奉 基隆天王宮托塔天王濟世助人之聖德，關懷社會弱勢家庭及個人因突逢變故致使生活、醫療...等陷入困境，訂定本辦法給予及時幫助度過難關。

二、濟助對象：

1. 醫療急難捐助：老人呼吸醫療器材或因罹病必須至醫院治療，其醫療費及器材費應支有困難者之濟助。
2. 家庭急難及災害濟助：突逢變故而導致生活發生困境者。

三、濟助項目及申請方式：

1. 醫療急難濟助：針對病患個人於醫院內發生之醫療費及器材費（如呼吸醫療器材...之濟助）；不包含看護費及家屬生活費（無工作能力，可提出申請）。

(1) 經評選通過之捐贈醫院，由該院內社工單位填具轉介申請書（須加蓋醫院關防）及檢附相關證明後，向本單位提出申請。

(2) 一般醫院病患須由該院內社工單位初審後填具轉介申請書（須加蓋醫院關防）及檢附相關證明後，向本單位提出申請。

2. 急難濟助：針對家庭或個人，生活費上困頓濟助。

四、申請條件及救助原則

1. 限急難變故發生日起六個月內進行申請，且同一項目逾期變故發生之六個月內以濟助一次為原則。

2. 當年度已領有政府或其他單位補助者，請於轉介申請書註明。

1、申請時應具之證明文件

※必備—

- (1)轉介申請書
- (2)戶籍資料
- (3)清寒證明(無則免附)

※選項—

- (1)子女在學證明或學生證影本
- (2)身障手冊
- (3)重大事故證明資料：醫療或喪葬費用收據影本，重大災害證明(政府機關部門開立)等。

五、濟助金額與致贈方式

- 1、醫療急難濟助每一個案之濟助金額以新台幣五萬元為上限
- 2、家庭急難濟助每一個案之濟助金額以新台幣三萬元為上限
- 3、具下列情形，其濟助金額以病患當期積欠醫療費之三分之一為上限，且最高不得超過新台幣五萬元整，一般病患濟助金額依前項辦理。

- (1)無力繳納健保之民眾。
- (2)無健保之外籍人士。

- 4、除捐贈醫院外，各項濟助案主辦者得再經親訪審查後依其實際情況給濟助金額。
- 5、特殊個案金額需求超過上限(最高上限五萬元)於急難變故發生日六個月內需要超過一次以上濟助者，得以申辦。

六、附則

本辦法經董事會核准後實施，修訂時亦同

財團法人天王救難基金會救助金申請表

*本申請書共二頁，請申請人詳填，申請資格及程序請詳參「財團法人天王救難基金會救助金申請辦法」；文件齊全者，將加速您案件的審核，通過者與否，本基金會皆另行通知！

第 1/2 頁

編號：

申請日期： 年 月 日

項 目	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 急難 <input type="checkbox"/> 災害			帳戶狀況(是否遭強制執行) <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否				
姓 名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		生日	年	月	日	身份證號	
電話(公)	(住)			(手機)				
戶籍地址	市 縣	區鎮 市鄉	里 村	鄰	路 街	段	巷 弄	號之 樓之
通訊地址	市 縣	區鎮 市鄉	里 村	鄰	路 街	段	巷 弄	號之 樓之
保 險	<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 學生保險 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 人身保險 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險							
最高學歷	婚姻 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 喪偶，帶子____人，女____人							
家庭狀況	同住： <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 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 兄弟__人 <input type="checkbox"/> 姐妹__人 <input type="checkbox"/> 子女__人 <input type="checkbox"/> 孫子女__ <input type="checkbox"/> 姪__人 <input type="checkbox"/> 甥__人							
	就學： <input type="checkbox"/> 幼稚園__人 <input type="checkbox"/> 小學__人 <input type="checkbox"/> 國中__人 <input type="checkbox"/> 高中(職)__人 <input type="checkbox"/> 大專以上__人							
健康	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病名稱及造成原因：____ 需人 24 小時照料： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
	<input type="checkbox"/> 身心障礙手冊：障別 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度等級， <input type="checkbox"/> 重大傷病卡							
以下欄位未填寫者，恕難核准補助								
已 取 得 資 源	<input type="checkbox"/> 1. 曾經從事行業(包含父及本人)，任職公司/月薪____							
	<input type="checkbox"/> 2. 已就業，任職公司/月薪____ <input type="checkbox"/> 未就業，原因____							
	<input type="checkbox"/> 親人朋友或社會福利團體協助 <input type="checkbox"/> 金錢贊助，金額____ <input type="checkbox"/> 其他：____							
	取得政府補助如下： <input type="checkbox"/> 低收入，每月共____元 <input type="checkbox"/> 身障__人，每月共____元 <input type="checkbox"/> 兒少__人，每月共____元 <input type="checkbox"/> 敬老__人，每月共____元 <input type="checkbox"/> 急難救助，金額____元 <input type="checkbox"/> 其他____							
	<input type="checkbox"/> 無法取得政府補助或保理賠原因(請務必說明)：____							
<input type="checkbox"/> 收入來源：(全戶所有工作人口收入)：____								
每 月 生 活 支 出	本次急難/災害/喪葬/醫療總支出：____							
	1. 住屋狀況： <input type="checkbox"/> 自有/每月貸款金額：____ <input type="checkbox"/> 租賃/每月房租：____ <input type="checkbox"/> 其他____							
	2. 勞保費/每人：		7. 學費支出：		12. 家用電話費：			
	3. 健保費/每人：		8. 營養午餐：		13. 行動：			
	4. 伙食支出：		9. 水費：		14. 其他：			
	5. 交通支出：		10. 電費：					
	6. 醫藥支出：		11. 瓦斯費：		每月總支出：____			

財團法人天王救難基金會救助金申請表

申請事由及需求	請說明所有家庭成員現況經濟來源發生急難原因及目前遭遇的困難：			
重要通知	1. 申請人同意本會及轉介單位為便利救助評估及後續業務執行，可進行電話、家庭訪問、拍照或錄影、蒐集、處理或妥善運用個人資料，如不同意及配合者，恕難提供補助。 2. 通過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。		請申請人詳閱左欄重要通知後，由本人在本欄親筆簽名，以示瞭解與同意。 _____	
應檢附之資料	文件不齊全者，將待補件後處理： 1. 全戶戶籍謄本正本 2. 低收入戶證明書影本或家庭清寒證明(村里長發給)正本 3. 最新年度國稅局所得資料及財產歸屬資料清單正本 4. 存摺封面影本 ■ 申請醫療救助者請附(限事實發生三個月內)： 公、私立醫院之診斷證明書及醫療費用收據正本、健保欠費證明 ■ 申請急難、災害救助者請附(限事實發生六個月內)： 需要急難救助相關證明件(如火災、車禍、入獄、診斷證明...等)正本 其他可證明文件：重大傷病卡影本、身心障礙手冊影本、住家照片、學生證等等			
轉介資料區				
轉介單位公印	轉介單位全名：	轉介單位 主管簽章	轉介人	
	公印：		電話	
			手機	
			傳真	
			e-mail	

地址：基隆市中正區義一路 122 號 3 樓之 2

電話：02-2421-6807~8 傳真 02-2421-6809

連絡人 _____