

# 泓陞慈善基金

## 105 年兒童罕見疾病家庭急難救助金申請簡章

- 一、代辦單位：國泰世華銀行文化慈善基金會
- 二、承辦單位：台北市身心障礙服務推展協會
- 三、依據：本案依據 96.6.25 國泰世華銀行文化慈善基金會，國世基金會字第 0960000055 號函辦理之。
- 四、前言：由善心人林玉華女士捐款，設置「泓陞慈善基金」特由國泰世華銀行委託本會承辦兒童罕見疾病家庭急難救助金，濟助台北縣、台北市之兒童罕見疾病家庭每年各五名，共十名，每名壹萬元整，協助確切需要幫助的家庭，以達「救急不救窮」、「幼吾幼以及人之幼」之精神。
- 五、申請日期：即日起至 105 年 9 月 21 日止受理申請並以網路公告及發文至教育局、社會局函轉各所屬之學校及社福相關團體告知。
- 六、申請資格：凡台北市、新北市之國小(以下)兒童罕見疾病家庭。
  - 1、兒童本身需為患有罕見疾病(請參考公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表 2016 年 7 月 28 日更新)  
<http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Portal/File/ThemeDocFile/201607280348105220/105.7.28公告罕見疾病名單暨ICD10.pdf>。
  - 2、經政府核為低收入之家庭優先。
  - 3、家境清寒(突遭變故、家長非自願性失業)要提出事實證明文件，讓急難救助金可以適時發揮。
  - 4、未領取過本案者為優先。
- 七、申請辦法：
  1. 填寫申請表乙份。
  2. 附註證明文件：
    - (1) 低收入戶證明影本
    - (2) 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本  
\*倘無身心障礙手冊者，可於事後補寄，請案主向政府申請以禱政府了解身心障礙人口數，並享應有之福利。
    - (3) 全戶戶口謄本乙份
    - (4) 罕見疾病證明文件
    - (5) 急難救助事實證明文件一份
- 八、審核方法：推薦人填寫罕見疾病家庭急難救助申請書並備急難證明文件，提供本會審核後，再轉予國泰世華銀行文化慈善基金會定案。
  - 1、本案審查後將正本給予國泰世華銀行文化慈善基金會建檔。
  - 2、發放時間：待國泰世華銀行文化慈善基金會審查定案後，本會再行通知通過補助之受助人。若案主無異議，本會再拍照建檔。
- 九、備註：
  1. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不另行通知及受理。另申請案件過多，倘無通過者恕本會無法一一通知，請見諒！
  2. 為尊重學生個人隱私，屆時得獎學生名單，暫不公佈於任何公開資料上。(若姓名可公開者也請於表格內註明)
  3. 申請資料請寄 10873 台北市萬華區萬大路 437 號 3 樓  
台北市身心障礙服務推展協會收。  
電話(02)2305-5423 執行秘書:蔡瓊瑤
  4. 若有任何疑問歡迎來電詢問或來信或寄  
E-mail: [srvheart@seed.net.tw](mailto:srvheart@seed.net.tw)
- 十、其他：本會另代辦泓陞慈善基金之 104 學年腦性麻痺獎助學金、104 學年均達慈善基金身心障礙者獎助學金，若有需要者可洽本會。

※可至本會網頁下載簡章、申請表~<http://www.serviceheart.org.tw>

國泰世華銀行文化慈善基金會 代辦  
台北市身心障礙服務推展協會 承辦

泓陞慈善基金申請表  
(兒童罕見疾病家庭急難救助金)

◎是否願意收到本會各項活動訊息? 是 否 \*請配合勾選

編號	本欄勿填	申請日	105年	月	日	校名			
填寫人資料 (請完整填寫)	姓名		性別		學生資料 (請完整填寫)	姓名			
	與學生關係					身份證字號	姓名是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	聯絡電話 【一定要留哦】	日:					出生年月日	照片是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		夜:					家長姓名		
		行動:					聯絡電話	夜:	
	聯絡地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>						日:	
	E-MAIL					聯絡地址	行動:		
	老師姓名						(一定要填寫)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
老師聯絡電話					E-MAIL				
						(一定要填寫)			

家庭收入情形 每月 元 罕見疾病名稱

曾否接受其它性質救助金：有，單位：\_\_\_\_\_ 金額：\_\_\_\_\_ 元 無

兒童情況簡述：(務必填寫，若無任何描述則以其他申請案件為優先；若不敷使用，請另以A4規格填寫)

附件：低收入證明文件 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 戶籍謄本  
急難救助文件(簡述急難情況，並請老師證明之) 兒童罕見疾病證明文件  
其他 →共 份

※以下由審查機關填寫，申請人勿填：

台北市身心障礙服務推展協會	國泰世華銀行文化慈善基金會
通過	不通過
通過	不通過

核准日：105年 月 日 發予日：105年 月 日 收據號：

備註：1. 申請資格：設籍台北市、新北市之國小或同年齡以下罕見疾病之兒童(具低收入戶者優先)  
2. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不通知及受理。相關資料彙整後請寄本會：  
10873 台北市萬大路437號3樓，台北市身心障礙服務推展協會收  
本會聯絡電話：(02)2305-5423 聯絡人：執行秘書蔡瓊瑤

本申請案件受理於即日起至105年9月21日止，逾期不再受理。若有任何疑問請來電詢問。