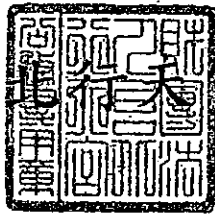


財團法人台北行天宮 急難濟助辦法



民國 96 年 07 月 04 日制訂

民國 97 年 11 月 26 日修訂

一. 目的

體奉 恩主公濟世助人之聖德，行天宮關懷社會弱勢家庭或個人因突逢變故致使生活、就學、醫療等陷入困境，爰訂本辦法，給予即時幫助，助其度過急難。

二. 主辦單位

財團法人台北行天宮

三. 濟助對象

本辦法涵蓋家庭急難、學生急難及醫療急難濟助：

1. 『家庭急難濟助』：因急難變故而導致生活發生困難者。
2. 『學生急難濟助』：因家庭經濟突逢變故而影響就學中之國小、國中、高中（職）及大專院校之學生。
3. 『醫療急難濟助』：因罹病必須至醫院治療，其醫療費及輔具費支應有困難者。
4. 如有特殊變故須急難救助但不含於上述項目者，另以個案辦理。

四. 濟助項目及申請方式

1. 『家庭急難濟助』：針對家庭或個人之生活費、喪葬費等濟助。
由縣市政府社會局、鄉鎮市公所社會課、政府許可設立的社福機構專業社工人員評估後填具轉介申請書，加蓋機構關防並檢附相關證明，向主辦單位提出申請。
2. 『學生急難濟助』：針對學生個人之學雜費、生活補助（含營養午餐）費等濟助。
 - (1) 由學校初核後，填具申請書（需加蓋學校關防）及檢附相關文件後，學校得隨時向主辦單位提出申請。
 - (2) 申請『行天宮學生急難濟助』之學生，如已於當學期申請通過『行天宮助學金』者不得重複申請。
 - (3) 研究生、休學或輟學者不列入本項目之濟助對象。
3. 『醫療急難濟助』：針對病患個人於醫院內發生之醫療費及輔具費（以輪椅、拐杖、助行器、便盆椅為限）之濟助；不包括看護費及家屬生活費等。
 - (1) 經評選通過之捐贈醫院，其社工單位就院內亟需濟助之病患直接審查通過後予以核給。※此項另訂“專款專用實施要點”。
 - (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（需加蓋醫院關防）及檢附相關證明後，向主辦單位提出申請。
 - (3) 就醫期間除醫療費及輔具費濟助外，若有第1項或第2項之需求者，另可依上述各項目之程序進行申請。

五. 申請條件與濟助原則

1. 限急難變故發生日起六個月內進行申請，且同一項目於其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。
3. 申請時應檢具之證明文件：

※必備-

- (1) 轉介申請書
- (2) 全戶戶口名簿或近三個月內戶籍謄本影本
- (3) 低收入戶證明或清寒證明（無則免附）

※選項-

- (1) 子女在學證明或學生證影本
- (2) 身障手冊或重大傷病卡
- (3) 重大事故證明資料：如疾病診斷書、死亡診斷書、醫療或喪葬費用收據影本、重大災害證明…等。

六. 濟助金額與致送方式

1. 『家庭急難濟助』每一個案之濟助總金額以新台幣叁萬元為上限。
2. 『學生急難濟助』每一個案之濟助總金額以新台幣叁萬元為上限。
3. 『醫療急難濟助』每一個案之濟助總金額以新台幣伍萬元為上限。
4. 除具下列之情形，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伍萬元整外，一般病患濟助金額依照前項辦理：
 - (1) 無健保之大陸地區人民及外籍人士。
 - (2) 無健保且無家屬協助之遊民及路倒病人。
 - (3) 無健保又無意願辦理分期繳納之民眾。
5. 除捐贈醫院外，各項濟助案主辦單位得再經電訪或親訪審查後，依其實際情況核給濟助金額。
6. 特殊個案：金額需求超過上限或於急難變故發生日起六個月內需要超過一次以上之濟助者，得另以專案審核。
7. 台北縣市以親送濟助金（具名支票）為主，外縣市開具支票（支票抬頭：受助人或照顧人名字）及支領憑證得由原申請機構轉交，並須負責寄回支領憑證。

七. 附則

本辦法經董事會核准後實施，修訂時亦同。

『行天宮急難濟助』個案轉介申請表

申請項目：☐家庭急難濟助 ☐學生急難濟助 ☐醫療急難濟助

收件編號：_____

案主姓名		性別	☐ 男 ☐ 女	職業 科系年級	出生年月日	民國	年	月	日
身 份 別		☐ 一般 ☐ 原住民 ☐ 榮民 ☐ 新移民 ☐ 其他			身分證字號				
聯絡地址		個人 存摺 ☐ 有 ☐ 否			聯絡電話	必填			
					手機號碼				
轉介 單位	名稱	轉介人			轉介人電話				
	住址	導師			導師電話				
					申請日期	民國	年	月	日

家系圖：

說明：請敘述家庭背景、成員及主要經濟來源狀況、急難原因及需求....等

家庭所有成員狀況

稱謂	姓 名	年齡	存/歿 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級	稱謂	姓 名	年齡	存/歿 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級
案主									

家庭經濟狀況 全戶總人口數：_____人，工作人口數：_____人，就學人口數：_____人

保險別(可複選) ☐健保 ☐勞保 ☐國保 ☐農保 ☐漁保 ☐公保 ☐軍保 ☐眷保 ☐福保 ☐商業保險 ☐其他

福利資源現況

☐ 低收家庭生活補助：\$_____	☐ 身心障礙生活補助：\$_____	☐ 兒少生活扶助：\$_____
☐ 低收就學生活補助：\$_____	☐ 婦女緊急生活扶助：\$_____	☐ 老人生活津貼：\$_____
☐ 學校仁愛基金補助：\$_____	☐ 學產基金急難救助：\$_____	☐ 馬上關懷：\$_____
☐ 教育部助學金補助：\$_____	☐ 醫院相對補助金額：\$_____	☐ 公所急難救助：\$_____
☐ 其他社會資源(含已轉介單位)：		

家庭收入 ☐無 ☐全戶每月工作平均總收入：_____元 ☐利息收入_____元 ☐其他：_____

家庭支出 ☐生活費_____元/月 ☐房貸_____元/月 ☐房租_____元/月 ☐學雜費_____元/學期
☐醫療費_____元 ☐喪葬費_____元 ☐其他

主要負擔家計者 ☐死亡 ☐身心障礙者 ☐服刑 ☐重大傷病患者 ☐失業達半年以上 ☐其他

檢 附 文 件 ☐近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) ☐低收入戶或清寒證明 ☐身心障礙手冊影本
☐重大傷病卡 ☐診斷證明 ☐死亡證明 ☐醫療或喪葬單據影本 ☐其他：

轉介單位 建議	1. 濟助項目： ☐ 學雜費 ☐ 營養午餐費 ☐ 生活費 ☐ 喪葬費 ☐ 醫療費 ☐ 健保費	機構關防 (蓋章)	單位主管 (簽章)	轉介人員 (簽章)
	2. 濟助金額 _____ 元			

註：1.本表需由社會局、社會課、醫院社工室、各慈善社福機構專業社工人員，或學校單位填寫。(收件編號由本法人填寫) 1010817 修訂
 2.個案經主辦單位審查通過後通知轉介單位。

※申請書及附件請依序排列後於右上角裝訂，此資料收件後恕不退還，惟將尊重個人機密予以嚴格保密。
 專案收件地址：10555 台北市松山區南京東路三段303巷14弄4號 行天宮急難濟助專案 聯絡電話：02-25022172 分機 315