

宏匯社會福利公益信託

主旨：本公司為協助提供清貧民眾災害、生活輔助、急難救助、醫療補助，貴單位如有需要協助個案家庭，請協助轉介予本公司協助。

說明：

- 一、本公司宗旨在幫助社會弱勢族群早日脫貧。貴單位如有清貧民眾因災害，急難、醫療、極需相關協助，請不吝轉介向本公司提出申請。
- 二、接獲轉介個案家庭本公司會盡力協助。如貧困兒童家庭(低收入或貧窮邊緣戶)，因大人身心障礙致不能工作、罹患嚴重傷、病，必須三個月以上之治療或療養致不能工作，影響家中小孩正常求學及生活者等家庭遭受困境，本公司經專人評估後將提供短期或長期生活扶助金。協助弱勢家庭，提供生活費、子女教育學習費…等各項補助，改善弱勢家庭生活困境。
- 三、轉介時請檢附貴單位之評估表訪視狀況、案主之家庭關係、目前困難狀況、貴單位轉介個案務必將證明文件(1.全戶戶籍謄本 2.財稅清單 3.全戶人口存款簿封面及近半年內交易明細 4.資料繳交檢核表)以 email 或郵寄給 收件人：何稼鈴 收件。轉介個案經公司受理後會約定時間去案家進行訪視，表示慰問關懷及評估後續補助費用核定。

聯絡方式：

公司名稱：宏匯集團

地址：新北市新莊區思源路 555 號 37 樓

社服專員：何稼鈴

信箱：ling0970272757@gmail.com

手機：0970272757

因長時間外訪聯絡請撥打手機，謝謝



董事長 許崑泰

『許崑泰』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

編號：

案主姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業 科系年級		出生年月日	年 月 日
身 份 別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 新移民之子女 <input type="checkbox"/> 身障者 <input type="checkbox"/> 其他					身分證字號	
戶籍地址：				個人 存摺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否	聯絡電話	
居住地址						手機號碼	

本人同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「宏匯社會服務濟助」與第三方查詢，供審核使用。※依個資法第九條「免告知義務」
但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。

轉介 單位	名 稱		轉介人		轉介人電話 Email:	
	住 址				訪視日期	年 月 日

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(如填寫不下可另外寫在一張紙上)

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

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
居住情形	<input type="checkbox"/> 自有(房貸：_____) <input type="checkbox"/> 租賃(租金：_____/月；租屋補助：_____/月) <input type="checkbox"/> 借用/寄居
福利身分	<input type="checkbox"/> 低收入家庭_____款 <input type="checkbox"/> 中低收入 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 特境家庭 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 老人年金 <input type="checkbox"/> 其他(含已轉介單位)：_____
主要負擔家計者	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 服刑 <input type="checkbox"/> 重大傷病患者 <input type="checkbox"/> 失業達半年以上 <input type="checkbox"/> 其他_____
檢 附 文 件	<input type="checkbox"/> 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) <input type="checkbox"/> 財產和所得清單 <input type="checkbox"/> 存款簿封面及內頁交易明細(半年內交易明細全戶) <input type="checkbox"/> 低收入戶證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 診斷證明 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 醫療或喪葬單據影本 <input type="checkbox"/> 房屋租約

轉介單位 建議	濟助項目： <input type="checkbox"/> 醫療費 <input type="checkbox"/> 急難金 <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 健保費 <input type="checkbox"/> 生活補助 <input type="checkbox"/> 助學金 <input type="checkbox"/> 營養午餐 <input type="checkbox"/> 其他 2.濟助金額 _____元	單位主管 (簽章)	轉介人員 (簽章)
------------	--	--------------	--------------

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。

2.個案經主辦單位審查通過後通知轉介單位，轉介申請表及附件恕不退還(將尊重個人機密予以嚴格保密)。