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 日第一次修訂
民國 102 年 05 月 10 日第二次修訂
民國 106 年 05 月 15 日第三次修訂
民國 107 年 08 月 02 日第四次修訂
民國 107 年 12 月 28 日第五次修訂

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 ，其醫療費及看護費支應有困難者。
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。
由直轄市及縣市政府社會局、鄉鎮市公所及區公所社會課、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)已於當學期獲得『行天宮基金會助學金』者，如確有急難濟助需要時，亦得申請本急難濟助(需依程序評估)。
(3)（大學部）公費生、研究生、以及各級學校之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看護費（需醫師證明有看護需要，以住院期間五日、每日以新台幣貳仟元為上限）之濟助；不包括家屬生活費等。
(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看護費濟助外，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)近三個月內全戶戶籍謄本影本(需有記事欄)

(3)當年度低收/中低收入戶證明或全戶最新年度國稅局所得資料及財產清冊資料清單

※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、死亡證明、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. 開立劃線及禁止背書轉讓之具名(案主)支票，支領憑證得由原申請機構(含學校)轉交，並須負責寄回支領憑證。

七、附則本辦法經董事會或董事會簽同意後實施，修訂時亦同。

『行天宮急難濟助』個案轉介申請表

申請工項目：☐家庭急難濟助 (公部門、社福團體/案主為一般民眾) ☐學生急難濟助 (學校/案主為學生) ☐醫療急難濟助 (醫院/案主為一般民眾)　　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				聯絡電話 必填		個人存摺 必填	案主有帳戶：☐可使用 ☐遭凍結
				手機號碼			案主無帳戶：☐可開戶 ☐無法開戶

I. 本人已詳閱相關辦法，同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「行天宮急難濟助」與第三方查詢，供審核使用。
II. 通過審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。
III. 本人明白有權對轉介申請表與其附件行使以下權利：1.查詢或請求閱覽 2.請求製給複製本 3.請求補充或更正 4.請求停止蒐集、處理或利用 5.請求刪除本人個人資料。但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。

案主簽章：　　(必填)　法定代理人：　　(與案主關係：　　)

※依個資法第九條「免告知義務」說明 若案主或法定代理人已簽名請略過
至今仍不知其法定代理人為何人（或無法聯繫），為免損害案主接受濟助審查權利，及促進社會公益，故未向其告知以上兩點事項。另為免影響審核結果，同意提供案主資料、家庭成員概況並同意「行天宮急難濟助」與第三方查詢，請各相關單位配合協助案主度過難關。

主管/承辦人：　　年　月　日

轉介單位	名稱 必填		住址 必填	
	轉介人/電話 必填	/	Email	必填 申請日期
	導師/電話	/	Email	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	保險別 請填數字	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	保險別 請填數字
案主											

保險別(可複選)　1.健保 2.勞保 3.國保 4.農保 5.漁保 6.公保 7.軍保 8.眷保 9.榮保 10.福保 11.商業保險 12.其他

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

全戶福利資源現況 **低收入戶＿＿類/款**

☐低收家庭生活補助＿＿＿　☐兒少生活扶助＿＿＿　☐學校仁愛基金補助＿＿＿　☐馬上關懷＿＿＿
☐低收就學生活補助＿＿＿　☐老人生活津貼＿＿＿　☐學產基金急難救助＿＿＿　☐公所急難救助＿＿＿
☐身心障礙生活補助＿＿＿　☐醫院補助金額＿＿＿　☐教育部助學金補助＿＿＿　☐特境家庭生活扶助＿＿＿
☐行天宮醫療專款＿＿＿　☐其他(含已轉介單位)：＿＿＿

全戶家庭收入　☐無 ☐全戶每月工作平均總收入：＿＿＿元 ☐全戶利息收入＿＿＿元/年 ☐其他:＿＿＿

全戶家庭支出　☐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 ☐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 ☐中低收入戶 ☐全戶最新年度國稅局所得資料及財產清單
☐身心障礙手冊影本 ☐重大傷病證明 ☐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	建議濟助金額 ＿＿＿＿＿＿ 元	機構關防（請蓋大印）	單位主管（職章）	轉介人員（職章）

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。(收件編號由本法人填寫) 1070822 修訂
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）。

※※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
寄件地址 10550 台北市松山區南京東路三段303巷14弄4號 財團法人台北行天宮急難濟助收／關懷專線 0800-217885 / 02-25026606