

# 馬上關懷急難救助個案認定表

單位：新臺幣元

訪  查  內  容	訪查認定時間：__年__月__日__時__分 受訪人： <input type="checkbox"/> 申請人本人 <input type="checkbox"/> _____申請人之__																	
	家庭狀況（以實際共同生活人口為範圍）																	
	稱謂	姓名	年 齡	健 康 情 形	工 作 現 況	每 月 收 入	職 業 別 保 險	未 就 業 原 因	領 取 政 府 補 助	稱謂	姓名	年 齡	健 康 情 形	工 作 現 況	每 月 收 入	職 業 別 保 險	未 就 業 原 因	領 取 政 府 補 助
	本 人																	
公 所 及 縣 市 政 府 救 助	一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第__款，每月生活扶助費共_____元。 二、 <input type="checkbox"/> 已領取政府補助： <input type="checkbox"/> 老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助費 <input type="checkbox"/> 兒童、少年生活扶助 <input type="checkbox"/> 托育津貼 <input type="checkbox"/> 照顧津貼 <input type="checkbox"/> 其他生活扶 助_____，每月共_____元。 <input type="checkbox"/> 特境婦女_____元。 三、 <input type="checkbox"/> 核發 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 住院看護費用補助_____元。 四、 <input type="checkbox"/> 核發急難救助金直轄市、縣(市)政府_____元。公所_____元。 五、 <input type="checkbox"/> 轉介_____機關收容。 六、 <input type="checkbox"/> 災害救助金_____元。 七、 <input type="checkbox"/> 其他：_____。								保 險 及 社 會 資 源	一、保險：(傷病、死亡者之保險情形) 1 <input type="checkbox"/> 公保 2 <input type="checkbox"/> 勞保 3 <input type="checkbox"/> 農保 4 <input type="checkbox"/> 漁保 5 <input type="checkbox"/> 學保 6 <input type="checkbox"/> 軍榮保 7 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險 8 <input type="checkbox"/> 其他_____ 9 <input type="checkbox"/> 保險給付_____元： <input type="checkbox"/> 已領取 <input type="checkbox"/> 申請中 二、社會資源救助： 1 <input type="checkbox"/> 已獲_____ (基金會、宗教慈善團體) 救 助_____元。 2 <input type="checkbox"/> 登報募捐或捐款_____元。 3 <input type="checkbox"/> 其他：_____元。 三、賠償金：_____元 <input type="checkbox"/> 未獲賠償原因：(車禍、職災及意外事故，請務必詳填) _____								
	一、急難事由 <input type="checkbox"/> 喪葬費用無力負擔(喪葬費用_____元)。 <input type="checkbox"/> 醫療費用無力負擔(醫療費用_____元)。 <input type="checkbox"/> 生活費用無著(原因)_____。 <input type="checkbox"/> 其他_____。 1. 事故發生者： <input type="checkbox"/> 負家庭主要生計責任者 <input type="checkbox"/> 非負家庭主要生計責任者 2. 事由： <input type="checkbox"/> 1)死亡認定指標__ <input type="checkbox"/> 2)失蹤認定指標__ <input type="checkbox"/> 3). 罹患重 傷病認定指標__ <input type="checkbox"/> 4)失業認定指標__ <input type="checkbox"/> 5)其他原因無法工作 認定指標 <input type="checkbox"/> 6)其他變故認定指標__								二、家庭狀況(實際共同生活人口為範圍) 1. 實際收入_____元 ( ) 填註稱謂 ( ) _____元+( ) _____元+( ) _____元 + ( ) _____元+( ) _____元+( ) _____元 2. 實際收入_____元÷實際共同生活人口__人 = _____元 3. 存款：_____元									
個 案 評 估	三、問題及處遇(含轉介及資源連結)								四、關懷救助金給付方式 1. <input type="checkbox"/> 一次性關懷救助金_____元 2. <input type="checkbox"/> 分__月(次)發給， <input type="checkbox"/> 每月(次)關懷救助金_____元									
	本案經認定人員共同確認，認定結果如下： 1. 經認定符合認定基準表： <input type="checkbox"/> 急難事由第__類之__ <input type="checkbox"/> 生活陷困第__類之__ <input type="checkbox"/> 關懷救助金擬發給一次性關懷 救助金_____元。 <input type="checkbox"/> 分__月(次)發給關懷救助金計_____元，本次已發給_____元。 2. 經認定不符合認定基準表： <input type="checkbox"/> 急難事由第__類之__ <input type="checkbox"/> 生活陷困第__類之__， <input type="checkbox"/> 擬暫緩發給關懷救助金。 3. 其他處遇：協助申辦 <input type="checkbox"/> 低收入戶生活扶助 <input type="checkbox"/> 社會救助法第二十一條急難救助 <input type="checkbox"/> 1957急難救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助 或住院看護補助 <input type="checkbox"/> 福利服務及津貼 <input type="checkbox"/> 轉介_____。																	
認 定 人 員 簽 名	核定機關主辦業務 單位代表 簽名	村(里)長或(里)幹事 簽名	社福或公益機構(團體) 代表(單位名稱、職稱) 簽名	其他單位代表(單位名 稱、職稱) 簽名	核定 機關 審核	(呈第__層決行)												