

受理單位：花蓮縣觀護志工協進會 司法保護據點急難救助申請書/通報表

一、救助對象：受保護管束人 更生人 犯罪被害人 急難家庭

正面

受理承辦人： <u>王大同</u> 聯絡電話： <u>03-8226153</u> 受理窗口受理通報時間： <u>100</u> 年 <u>01</u> 月 <u>05</u> 日 <u>14</u> 時 <u>30</u> 分； 受理窗口通報承辦單位業務單位時間：__年__月__日__時__分 訪查小組個案實地訪查時間：__年__月__日__時__分；訪查人：_____ 援助內容： <input type="checkbox"/> 緊急救助：核定金額：_____元 發給時間：__年__月__日__時__分； <input type="checkbox"/> 每月救助：_____元。自__年__月起至__年__月止計__個月 <input type="checkbox"/> 醫療及收容安置救助：核定金額：_____元。至__年__月__日止停止支付 醫療及收容安置地點：_____安置日期自__年__月起至__年__月止	範例
--	----

二、申請書

申請 基本 資料	姓名或家庭代表人： <u>吳小美</u> 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 出生： <u>44</u> 年 <u>05</u> 月 <u>06</u> 日 國民身分證統一編號： <u>T120●●●●11</u> 電話：(H) <u>03-888555</u> (0) _____ (M) _____ 居住地址： <u>花蓮市府前路 15 號</u> 戶籍地址： <u>同上</u>
人 急難 事由	1. 個人事由： <input checked="" type="checkbox"/> 個案因遭逢變故，因重殘，致家人遺棄無法生活。 <input type="checkbox"/> 剛出監所之更生人：個案因年老、殘疾、精神病等無法生活，遭家人、親友遺棄者。 2. 家庭事由： <input type="checkbox"/> 家庭遭逢巨變，請說明_____ 負擔家庭主要生計責任者： <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 患重傷病 <input type="checkbox"/> 其他原因無法工作 <input type="checkbox"/> 其他重大變故 致家庭生活陷於困境，經評估為高風險家庭者 3. 接案單位訪查記錄：〈如接案者與承辦單位訪查志工同一人者免填，僅填背面訪查記錄〉
證明 文件	1. 個人申請： <input checked="" type="checkbox"/> 戶籍、身分證明 <input checked="" type="checkbox"/> 低收證明 <input type="checkbox"/> 不動產證明 <input checked="" type="checkbox"/> 監所或觀護人事實證明文件 <input checked="" type="checkbox"/> 已轉介、申請政府、社會福利機關〈構〉之證明或事實記錄。 2. 高風險家庭： <input type="checkbox"/> 全戶戶籍證明 <input type="checkbox"/> 全戶所得證明 <input type="checkbox"/> 全戶不動產證明 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 失蹤證明 <input type="checkbox"/> 罹患重傷病醫療收據 <input type="checkbox"/> 其他原因致無法工作證明 <input type="checkbox"/> 已轉介、申請政府、社會福利機關〈構〉之證明或事實記錄。

簽名	1. 本表有關本人基本資料、急難事由、證明文件，均係本人據實提供；訪視小組訪視本人及家庭時，係由本人或家屬據實陳述；如有不實願自負法律責任，並返還急難救助金。
蓋章	2. 同意主管機關如有基於個案評估及審核之必要，得調閱本人及家屬之戶籍或財稅有關資料。 申請人或家庭代表人簽名蓋章： _____ 年 ____月__ 日

接案人員簽章：

公益/社福機構主管審核：

以下由承辦單位〈財團法人台灣更生保護會花蓮分會、財團法人犯罪被害人保護協會花蓮分會、花蓮縣觀護志工協進會〉填寫

訪查人員訪查報告	<p>一、 訪查日期： 年 月 日</p> <p>二、訪談對象：</p> <p>三、訪談內容簡要說明：</p> <p>四、檢附相片_____張</p> <p>五、建議給予個案協助內容：</p> <p style="text-align: right;">訪查人員簽章：’</p> <p style="text-align: center;">〈本欄由承辦單位指定志工實地訪查記錄〉</p>
承辦單位審核報告	<p><input type="checkbox"/> 未達緊急救助程度，建議再轉介其他政府社會福利機關。</p> <p style="padding-left: 20px;">核定</p> <p><input type="checkbox"/> 同意緊急救助：核定金額：_____元</p> <p><input type="checkbox"/> 同意每月救助：_____元。自_____年__月起至_____年__月止計____個月</p> <p><input type="checkbox"/> 同意醫療及收容安置救助：核定金額：_____元。至_____年__月__日止停止支付</p> <p style="padding-left: 20px;">醫療及收容安置地點：_____安置日期自_____年__月起至_____年__月止</p> <p style="text-align: center;">〈本欄請承辦單位經內部審查機制核定後填寫〉</p>
<p>業務承辦人： _____ 承辦單位主管意見： _____ 主任委員： _____</p> <p style="padding-left: 150px;">理事長： _____</p> <p>承辦單位會計人員簽核： _____</p>	

註：1、公益/社福機構請將本表填妥後，隨卷附相關資料，逕送承辦單位審核。

2、承辦單位結案後，本表〈正本〉及表內所提相關資料留存備查，依辦理日期裝訂成冊，每半年彙整成果提本署觀護人室彙整績效。

3、請承辦單位將本表影印後隨同月報表送本署觀護人室備查。