

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

正面

一、救助對象：受保護管束人 更生人 犯罪被害人 急難家庭

範例

受理承辦人：王大同 聯絡電話：03-8226153

受理窗口受理通報時間：100 年 01 月 05 日 14 時 30 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：緊急救助：核定金額： 元 發給時間：_年_月_日_時_分：

每月救助： 元。自 年 月起至 年 月止計 個月

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

二、申請書

申請人	申 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>
	急難事由	1. 個人事由： <input type="checkbox"/> 個案因遭逢變故，例如重病、重殘，家人遺棄等無法生活。 <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 checked="" type="checkbox"/> 家庭遭逢巨變，請說明 <u>丈夫剛於上週過逝，育子女 3 人，家境陷入困境</u> 負擔家庭主要生計責任者： <input checked="" 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 type="checkbox"/> 戶籍、身分證明 <input type="checkbox"/> 所得證明 <input type="checkbox"/> 不動產證明 <input type="checkbox"/> 監所或觀護人事實證明文件 <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。	
	2. 高風險家庭： <input checked="" type="checkbox"/> 全戶戶籍證明 <input checked="" type="checkbox"/> 全戶所得證明 <input checked="" type="checkbox"/> 全戶不動產證明 <input checked="" 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 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。	

簽名	<p>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。</p> <p>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。</p>
蓋章	<p>申請人或家庭代表人簽名蓋章： <u>吳小美</u> _____ <u>100</u> 年 <u>01</u> 月 <u>05</u> 日</p>

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：’ 〈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>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 醫療及收容安置地點：_____安置日期自____年__月起至____年__月止</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。