

財團法人台灣癌症基金會

癌友基本資料

申請日期: __年__月__日

基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	____年____月____日(____歲)	
	身份字號		連絡電話		e-mail		
	聯絡地址						
	聯絡人姓名		關係		連絡電話		
	福利身分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 經濟弱勢 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 特殊境遇					
	保險情況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他					
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 一方失聯 <input type="checkbox"/> 子女: ____名					
	教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中/高職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所(或以上)					
	日常生活功能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需要他人幫忙 <input type="checkbox"/> 需要輔助用具 <input type="checkbox"/> 完全無法自行活動					
	居家狀況	1. <input type="checkbox"/> 與家人同住(請註明家庭成員) <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 醫療機構 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 無固定住所 <input type="checkbox"/> 服刑中 <input type="checkbox"/> 其他 2. <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 無貸款 <input type="checkbox"/> 有貸款, 房貸____元/月) <input type="checkbox"/> 租屋(租金____元/月) <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他					
	主要照顧者	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他					
	經濟狀況	1. <input type="checkbox"/> 自己有工作 <input type="checkbox"/> 政府補助 <input type="checkbox"/> 父母扶養 <input type="checkbox"/> 子女提供 <input type="checkbox"/> 親友提供 <input type="checkbox"/> 其他 2. 月收入約____元					
	慢性疾病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> CRF <input type="checkbox"/> 其他					
	癌別		期別		轉移部位		
	初診斷時間	____年__月	就診醫院		基因檢測		
手術切除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		手術時間	____年____月			
癌症復發	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		復發時間	____年____月			
治療方式	<input type="checkbox"/> 化學治療期間: _____ 藥名: _____ <input type="checkbox"/> 標靶治療期間: _____ 藥名: _____ <input type="checkbox"/> 免疫治療期間: _____ 藥名: _____ <input type="checkbox"/> 放射線治療: _____ 次數: _____ 部位: _____ <input type="checkbox"/> 抗賀爾蒙治療: _____ 藥名: _____ <input type="checkbox"/> 中西醫整合療法 <input type="checkbox"/> 定期門診追蹤 <input type="checkbox"/> 安寧療護 <input type="checkbox"/> 其他治療						

台灣癌症基金會暨財團法人恩慈社會福利基金會 癌症家庭急難救助專案 申請表

轉介單位	醫院名稱		填表社工/個管師	
	電話/手機		電子郵件	
福利補助	請詳細描述項目與金額			
	公部門		民間單位	
申請事由	本欄由合作醫院詳述、或轉介社工評估表			家系圖(請畫三代)
家庭狀況				
申請項目	申請類別	醫院申請金額	台灣癌症基金會核定金額	案件別
	緊急生活救助			<input type="checkbox"/> 一般件 <input type="checkbox"/> 急件
	喪葬救助			<input type="checkbox"/> 一般件 <input type="checkbox"/> 急件
受款方式	案家接受補助款方式： <input type="checkbox"/> 匯款郵局/銀行_____分行_____ 匯款帳號： 戶名：_____ <input type="checkbox"/> 不同申請人：_____ 與申請人關係：_____ (需另付身分證影本) 原因(不同申請人)：			
申請人同意財團法人台灣癌症基金會為評估及提供後續服務，可進行電話、家庭訪問、處理或運用個人資料，如不同意及配合者恕難提供補助。 <input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意 依108.02.01開始施行之「財團法人法」第25條規定:除受捐贈者事先以書面表示反對外，本會須主動公開受捐贈者姓名及金額。請務必勾選以下欄位，以作為捐款公開與否之依據： 受捐款人姓名公開與否： <input type="checkbox"/> 不同意公開； <input type="checkbox"/> 同意公開 申請人簽名或蓋章：_____				
轉介單位簽核				

主管/督導		承辦人員		填表日期	
台灣癌症基金會審核說明：					
財團法人台灣癌症基金會簽核					
副執行長		督導		承辦人	
財團法人恩慈社會福利基金會簽核					
執行長		主管		承辦人	
匯款日期：					

1. 附繳文件：(請於申請時再次確認資料是否備齊)

<input type="checkbox"/> 1.癌症家庭急難救助申請表	<input type="checkbox"/> 2.申請人身份證(正反)影印本	<input type="checkbox"/> 3.全戶戶籍謄本(申請日期6個月內)
<input type="checkbox"/> 4.政府核定之中低收入戶證明、區公所或村里長核發之清寒證明正本，(須為有效期限內)	<input type="checkbox"/> 5.醫院之正本診斷證明書正本(申請日期6個月內)	<input type="checkbox"/> 6.死亡證明書及葬儀社喪葬費用明細或收據影本(未出殯前可先附估價單)
	<input type="checkbox"/> 7.申請者之存摺封面影本(機構名、戶名、局號/帳號)	<input type="checkbox"/> 8.其他附件資料 如:身心障礙手冊影本(如有辦理請檢附)

2. 如撥款方式非一次性撥付，請於提出申請時一併說明，恩慈社會福利基金會保有最後審核權及撥款方式。