

## 財團法人台灣癌症基金會

### 癌友基本資料

申請日期：\_\_年\_\_月\_\_日

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |      |                                                       |        |                 |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------|--------|-----------------|
| <b>基本資料</b> | 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<br><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)<br><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<br>2. <input type="checkbox"/> 自宅( <input type="checkbox"/> 無貸款 <input type="checkbox"/> 有貸款，房貸__元/月)<br><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<br>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：<br><input type="checkbox"/> 標靶治療期間：__藥名：<br><input type="checkbox"/> 免疫治療期間：__藥名：<br><input type="checkbox"/> 放射線治療：__次數：__部位：<br><input type="checkbox"/> 抗賀爾蒙治療：__藥名：<br><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

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                         |        |             |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------------|----------------------------------------------------------|
| <b>轉介單位</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 醫院名稱                                                                                                                                                    |        | 填表社工/個管師    |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 電話/手機                                                                                                                                                   |        | 電子郵件        |                                                          |
| <b>福利補助</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>請詳細描述項目與金額</b>                                                                                                                                       |        |             |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 公部門                                                                                                                                                     |        | 民間單位        |                                                          |
| <b>申請事由</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 本欄由合作醫院詳述、或轉介社工評估表<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>                                                                                              |        |             | 家系圖(請畫三代)                                                |
| <b>家庭狀況</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                         |        |             |                                                          |
| <b>申請項目</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 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 |
| <b>受款方式</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 案家接受補助款方式：<br><input type="checkbox"/> 匯款郵局/銀行_____分行_____ 匯款帳號：<br>戶名：_____ <input type="checkbox"/> 不同申請人：_____ 與申請人關係：_____ (需另付身分證影本)<br>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<br>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：<br>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<br><div style="text-align: right;">申請人簽名或蓋章：_____</div> |                                                                                                                                                         |        |             |                                                          |
| 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            |  | 主管   |  | 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<br>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。