

台灣癌症基金會暨財團法人台北市慈迎社會福利慈善基金會

癌友基本資料

申請日期：____年____月____日

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					
陪同者姓名		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"/> 出屋(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"/> 慢性肺部疾病 <input type="checkbox"/> 癌疲憊 <input type="checkbox"/> 其他__				
癌別		期別		轉移部位	
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____				

基本資料

住宿服務申請表

轉介單位	醫院名稱		填表人 (社工/個案師)	
	電話/手機		電子郵件	
	癌症個案師		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				
轉介單位簽核				
主管/督導		承辦人員		填表日期
台灣癌症基金會簽核				
副執行長		督導		承辦人
台灣癌症基金會審核說明：				

附繳文件：(請於申請時再次確認資料是否備齊)

<input type="checkbox"/> 1. 住宿服務專案申請表及個資同意書	<input type="checkbox"/> 2. 申請人及陪同者身份證(正反)影印本	<input type="checkbox"/> 3. 入住規則知情同意書
<input type="checkbox"/> 4. 醫院正本診斷證明書且須註記治療頻率(申請日期 6 個月內)	<input type="checkbox"/> 5. 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"/> 6. 附件資料(非必要)：如：身心障礙手冊影本

「個人資料保護法」告知義務事項

依據個人資料保護法(以下稱個資法)第八條規定，向 台端(含會員指派之會員代表等)告知下列事項，敬請詳閱：

- 一、 蒐集之目的：提供癌友服務之用。
- 二、 蒐集之個人資料類別：姓名、職稱、地址、聯絡電話等，其餘詳如申請表內容。
- 三、 個人資料利用之期間、地區、對象及方式
 - (一) 期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、依相關法令或本會所訂保存年限或執行業務所必須之保存期間。
 - (二) 地區：國內外與本會業務往來之機構所在地。
 - (三) 對象：本會、與本會業務往來之機構、依法有調查權之機關。
 - (四) 方式：以自動化機器或其他非自動化方式為之。
- 四、 依據個資法第三條規定， 台端（含會員指派之代表等）就本會保有 台端之個人資料得行使下列權利：
 - (一)查詢或請求閱覽。
 - (二)請求製給複製本。
 - (三)請求補充或更正。
 - (四)請求停止蒐集、處理或利用。
 - (五)請求刪除。
- 五、 台端(含會員指派之會員代表等)得自由選擇是否提供相關個人資料：
貴會員得自由選擇是否提供相關個人資料，惟 台端若拒絕提供相關個人資料，本公會將無法進行必要之審核及處理會員權益等相關作業，致無法提供 台端相關服務。

=====

經 貴會向本人告知上開事項，本人已清楚瞭解 貴會蒐集、處理及利用本人個人資料之目的，並同意貴會在上述蒐集目的範圍內蒐集、處理及利用本人之個人資料。

本人姓名： (親簽或蓋章)	陪同者姓名： (親簽或蓋章)
身分證字號：	陪同者身分證字號：
連絡電話：	陪同者連絡電話：

中 華 民 國 年 月 日