

原住民族委員會輔助原住民急難救助申請表

收件日期： 年 月 日

本 資 料	姓 名		性 別		出生日期	民國	年	月	日	
			身分證字號			族 別				
	電 話		手 機							
	戶籍地									
基	居住地									
急 難 事 由	1. 事故發生者： <input type="checkbox"/> 負擔家庭生計者 <input type="checkbox"/> 非負擔家庭生計者 2. 急難事由： (1) <input type="checkbox"/> 戶內人口死亡無力殮葬。 (2) <input type="checkbox"/> 遭受意外傷害 <input type="checkbox"/> 罹患重病，致生活陷困。 (3)負家庭主要生計責任者， <input type="checkbox"/> 失業 <input type="checkbox"/> 失蹤 <input type="checkbox"/> 入獄服刑 <input type="checkbox"/> 因案羈押 <input type="checkbox"/> 應徵集召集入營服兵役或替代役現役 <input type="checkbox"/> 依法拘禁 <input type="checkbox"/> 其他原因：_____ 無法工作致生活陷於困境。 (4) <input type="checkbox"/> 其他因遭遇重大變故，致生活陷於困境，經訪視評估認定確有救助需要。 (特殊境遇單親家庭生活陷困者得申請本要點救助) (5) <input type="checkbox"/> 遭受水、火、風、雹、旱、地震及其他災害，致損害重大，影響生活。									
證 明 文 件	<input type="checkbox"/> 戶籍證明(或身分證證明)：_____ <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 相驗屍體證明書 <input type="checkbox"/> 殮葬費用證明文件 <input type="checkbox"/> 醫院診斷證明書 <input type="checkbox"/> 醫療收據或繳費通知單 <input type="checkbox"/> 失業證明 <input type="checkbox"/> 失蹤證明 <input type="checkbox"/> 入營服兵役證明 <input type="checkbox"/> 服刑證明 <input type="checkbox"/> 災害相關證明 <input type="checkbox"/> 其他相關證明：_____									
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；核定機關訪視本人及家庭時，係由本人或家屬據實陳述，若有可歸責於己之事由，除繳回所領金額並自負一切法律責任。 2. 同意核定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，並同意本資料提供相關單位作學術研究或非營利目的之使用。(如為代填，代填人亦已將表內事項詳告申請人)。 申請人簽章：_____ 代填人簽章：_____ 法定代理人簽章：_____ (與案主關係：) 填表時間： 年 月 日										

原住民族委員會輔助原住民急難救助個案認定表

訪查(調查)時間：

訪查(調查)人員：

受訪人：

(與申請人關係)

戶 內 人 口	稱謂	姓名	年齡	健康情形	就業、收入情形或 就讀學校年級	保險別
	本人					

縣 市 政 府 及 公 所 救 助	一、 <input type="checkbox"/> 核列低收入戶第款，每月生活扶助費共 _____元。 二、已領取政府補助： <input type="checkbox"/> 老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助費 <input type="checkbox"/> 兒童、少年生活扶助 <input type="checkbox"/> 托育津貼 <input type="checkbox"/> 照顧津貼 <input type="checkbox"/> 其他生活扶助 每月共 _____元。 三、核發 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 住院看護費用補助 _____元。 四、 <input type="checkbox"/> 核發急難救助金 直轄市、縣(市)政府 _____元。 公所 _____元 馬上關懷 _____元。 五、 <input type="checkbox"/> 轉介 _____機關收容。 六、 <input type="checkbox"/> 災害救助金 _____元。 七、 <input type="checkbox"/> 其他： _____元。	保 險 及 社 會 資 源	一、保險：(傷病、死亡者之保險情形) 1 <input type="checkbox"/> 公保 2 <input type="checkbox"/> 勞保 3 <input type="checkbox"/> 農保 4 <input type="checkbox"/> 漁保 5 <input type="checkbox"/> 學保 6 <input type="checkbox"/> 軍榮保 7 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險 8 <input type="checkbox"/> 其他 保險給付 _____元： <input type="checkbox"/> 已領取 <input type="checkbox"/> 申請中 二、社會資源救助： 1 <input type="checkbox"/> 已獲 _____(基金會、慈善團體) 救助 _____元。 2 <input type="checkbox"/> 登報募捐或捐款 _____元。 3 <input type="checkbox"/> 其他： _____。 三、賠償金： _____ _____ 元 <input type="checkbox"/> 未獲賠償原因： (車禍、職災及意外事故，請務必詳填)
	個案評估 (急難事由、 家庭狀況、 問題及處遇 ...等)		

審 核 結 果	一、 <input type="checkbox"/> 經認定符合「原住民族委員會輔助原住民急難救助實施要點」第五點第一項第 _____款規定，本案擬核發救助金 _____元。 二、 <input type="checkbox"/> 經認定未符「原住民族委員會輔助原住民急難救助實施要點」第五點第一項第 _____款規定，不予核發。 三、其他處遇：協助申辦 <input type="checkbox"/> 低(中低)收入戶生活扶助 <input type="checkbox"/> 災害救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助或住院看護補助 <input type="checkbox"/> 福利服務及津貼 <input type="checkbox"/> 轉介 _____。
	里幹事 承辦人 課長 主(會)計人員 區長

里幹事	承辦人	課長	主(會)計人員	區長
-----	-----	----	---------	----

核章					
----	--	--	--	--	--

補助金額未達 3 萬元，由各區公所自行核定補助，結案後再送市府備查。
核發救助金額逾新台幣 3 萬元（含）以上者，由臺南市政府核定後發給。