

財團法人「永齡慈善」社會福利事業基金會急難救助辦法

一、急難救助補助說明：

以「提供緊急性經濟協助」為原則，於急難事件發生六個月內，由轉介單位提出申請。補助申請以一件一次為限，重複申請均不受理。各項急難救助補助通過與否，以及相關補助金額，由本會審核並視個案狀況予以核定。

二、永齡急難救助申請流程



※ 注意事項

1. 送件方式：將您的資料備妥後請E-mail 至以下郵箱
info@yonglin.org.tw (標題請註明：永齡急難救助申請-姓名)
2. 如符合補助條件，本會將會主動使用E-mail 與您聯繫；如不符合，恕不另行通知。
3. 審核通過後，須完成填寫捐款收據後，才會進行撥款。

三、申請各項給付之條件與應準備文件

| 補助項目 | 補助對象 | 應備文件 |
|--------|--|--|
| 緊急生活扶助 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 父母雙亡之未滿十八歲之兒童、青少年。 ■ 家中主要經濟負擔者，因遭受緊急災難(例如：車禍、火災、失蹤...)、重大疾病(重病、法定傳染病、特殊病例...)、重大天然災害導致生活陷於困境。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 【附件一】急難救助申請表 2. 【附件二】個資同意書 3. 【其他應備文件】： <ul style="list-style-type: none"> ● 戶籍謄本、身分證正反面影本 ● 全戶經濟狀況說明與證明文件(中低收入或低收入證明、前一年度綜合所得稅、全國財產稅總歸戶財產查詢清單) ● 負擔家計者無法工作證明(如診斷證明、身心障礙證明或其他無法工作證明) ● 社工轉介/或其他社會單位證明 |
| 醫療補助 | <p>罹患嚴重傷、病，所需醫療費用不是本人或扶養義務人所能負擔者，而且額外增加的醫療費用不在健保局或勞保局給付範圍之內。</p> <p>【註：額外增加醫療費用補助項目不包含申請人個人指定之醫師、護士、藥品材料、及病房...等所衍生之自付額】</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 【附件一】急難救助申請表 2. 【附件二】個資同意書 3. 【其他應備文件】： <ul style="list-style-type: none"> ● 戶籍謄本、身分證正反面影本 ● 全戶經濟狀況說明與證明文件(中低收入或低收入證明、前一年度綜合所得稅、全國財產稅總歸戶財產查詢清單) ● 醫療事由證明(如診斷證明、重大傷病證明) ● 支出費用證明(醫療費收據，如欠費未繳者檢附醫院開立之待/催款明細) ● 社工轉介/或其他社會單位證明 |

| | | |
|--------------------|------------------------------------|---|
| <p>喪葬補助</p> | <p>弱勢家庭遭遇變故，致生活陷入困境，無法負擔喪葬費用者。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 【附件一】急難救助申請表 2. 【附件二】個資同意書 3. 【其他應備文件】： <ul style="list-style-type: none"> ● 戶籍謄本、身分證正反面影本 ● 全戶經濟狀況說明與證明文件(中低收入或低收入證明、前一年度綜合所得稅、全國財產稅總歸戶財產查詢清單) ● 身故死亡證明書 ● 喪葬支出證明 ● 社工轉介/或其他社會單位證明 |
|--------------------|------------------------------------|---|

五、本會保留隨時修改、變更、暫停或終止本辦法及其附件之權利，相關問題都歡迎寄信至 info@yonglin.org.tw

【附件一】

財團法人「永齡慈善」社會福利事業基金會(下稱補助單位)

急難救助申請表

| | |
|----------|--|
| 基本 資料 | 姓名：_____ 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 出生：__年__月__日 國民身分證統一編號：_____ 電話：(H) _____ (O) _____ (M) _____ 居住地址：_____ 戶籍地址：_____ |
| 急難 事由 | 1. 申請項目： <input type="checkbox"/> 1)緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 2)醫療補助 <input type="checkbox"/> 3)喪葬補助 2. 事由簡述： |
| 證明 文件 | 1. <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 (或身分證明)、 <input type="checkbox"/> 全戶經濟狀況證明(或低收、中低收證明) 2. 申請事由證明： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 罹患重傷病證明 (診斷證明) <input type="checkbox"/> 相關費用證明 <input type="checkbox"/> 災害證明文件 <input type="checkbox"/> 其他原因變故證明_____ |
| 簽名 蓋章 | 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；如有不實願自負一切民、刑法及行政罰之責任，並返還急難救助金予補助單位。若造成補助單位損害，本人願負損害賠償責任。 2. 本人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。 申請人簽名蓋章：_____ 年- 月- 日 |

【附件二】 財團法人「永齡慈善」社會福利事業基金會急難救助

蒐集、處理及利用申請人個人資料告知聲明暨同意書

財團法人「永齡慈善」社會福利事業基金會（下稱本會）「急難救助」專案，為了確保當事人之個人資料、隱私及其他權益之保護，爰依個人資料保護法第 8 條規定進行蒐集之告知：

壹、蒐集之目的：

本會基於慈善機構管理、「急難救助」專案補助款之申請等特定目的，而蒐集、處理或利用您的個人資料。

貳、個人資料之類別：

識別類(如中英文姓名、身分證統一編號、聯絡電話號碼、地址及電子郵件地址)，特徵類(如性別、出生年月日、年齡)，家庭情形(如婚姻狀況、子女人數)，社會情況(如職業、職稱)，健康紀錄(疾病史)及其他如本會「急難救助申請辦法」所列出之內容，本會「個案協助轉介單」上所列個資項目。

參、利用期間、地區及方式：

一、期間:個人資料蒐集之特定目的存續期間、依相關法令就資料之保存所訂保存年限或本會因執行業務所必須之保存期間。

二、地區: 相關個人資料將利用於台灣及海外地區。

三、方式: 相關個人資料除用於本會之管理、營運等外，本會將有以下利用，並得提供予第三人利用：

1. 依相關法令提供政府機關使用。
2. 提供予金融機構辦理匯款或轉帳等事務。
3. 公益推展：本會及合作廠商，為推廣各項公益活動，得共同使用上述個人資料，以提供相關活動之宣廣與推展。

肆、您的個人資料權利：

您得就本人之個人資料依法向本會以書面或電話請求行使以下權利：

- 一、查詢或請求閱覽。
- 二、製給複製本。
- 三、補充或更正。
- 四、請求停止蒐集、處理或非營利目的之利用。
- 五、請求刪除。

上述權利，若因不符合申請程序、法律規定、本會依法負有保存義務或法律另有規定之情況者，不在此限。

伍、注意事項：

若您不同意本會蒐集、處理或利用您的個人資料，基於申請業務之執行，本會將無法受理急難救助申請，尚祈見諒。

以上資訊，本人均已完整閱讀並充分瞭解本告知聲明暨同意書內容，同意提供上述相關資料。

申請人即同意人簽名：_____

法定代理人/監護人或輔助人簽名：_____

中 華 民 國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

【其他附件】

A large, empty rectangular box with a thin black border, occupying most of the page below the header. It is intended for users to upload or list additional attachments.

戶籍謄本、身分證正反面影本

全戶經濟狀況說明

| 全戶支出狀況 | | |
|---------|----|----|
| 項目 | 金額 | 備註 |
| 醫療費用 | | |
| 餐費 | | |
| 房租 | | |
| 水電費 | | |
| 其他(請說明) | | |
| 其他(請說明) | | |
| 其他(請說明) | | |

| 全戶收入狀況(月) | | |
|------------|----|----|
| 項目 | 金額 | 說明 |
| 月工作收入(含打工) | | |
| 常態補助 | | |
| 單次補助 | | |
| 其他收入(保險等) | | |
| 其他收入(請說明) | | |

全戶經濟狀況證明文件

- 負擔家計者無法工作證明
- 醫療事由證明(如診斷證明、重大傷病證明)
- 醫療支出費用證明
- 身故死亡證明書
- 喪葬支出證明

社工轉介/或其他社會單位證明