

財團法人台北行天宮 函

地址：105 台北市松山區南京東路 3 段 303 巷 14 弄 4 號
電話：02-2502-2172#318 傳真：02-2502-4638
聯絡人：莊心瑜

受文者：全國各級學校

發文日期：中華民國 105 年 2 月 15 日

發文字號：(105) 行宗堂字第 0012 號

速別：普通

密等及解密條件：

附件：行天宮急難濟助辦法及申請書各乙份

主旨：「行天宮急難濟助」關懷扶助全國弱勢學生，敬請 貴校惠予協助辦理。

說明：

- 一、本法人體奉 關聖帝君濟世助人之精神，持續辦理「學生急難濟助」，關懷因家庭突遭變故而影響就學之清寒學生，得以平安渡過難關。
- 二、行天宮以五倫八德為宗旨，致力推行 關聖帝君四句箴言：「讀好書，說好話，行好事，做好人」，期勉學生能於學業及生活中身體力行，珍惜光陰、潛心向學、端正行為並勤修品德；貴校如轉介個案亦請多予陳述個案實況，提供本法人審查與關懷之參考。
- 三、隨函檢附「行天宮急難濟助辦法」及個案轉介申請表各乙份如附件，申請表電子檔亦可逕行至行天宮五大志業網慈善志業下載(行天宮五大志業網：<http://www.ht.org.tw>)。
- 四、敬請 貴校協助校內弱勢且有急難需求之學生申請，承辦人寄出轉介個案紙本後，請逕至 (<http://tinyurl.com/93wmjn5>) 上傳個案資料，以利審核結果通知。
- 五、相關急難濟助諮詢可洽行天宮社會關懷專線：0800-217885、02-25026606

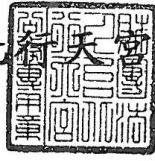
正本：全國各級學校

董事長 葉文堂

國立嘉義大學



1050001975



一.目的

體奉 恩主公濟世助人之聖德，行天宮關懷社會弱勢家庭或個人因突逢變故致使生活、就學、醫療等陷入困境，爰訂本辦法，給予即時幫助，助其度過急難。

二.主辦單位

財團法人台北行天宮

三.濟助對象

本辦法涵蓋家庭急難、學生急難及醫療急難濟助：

- 1.『家庭急難濟助』：因急難變故而導致生活發生困難者。
- 2.『學生急難濟助』：因家庭經濟突逢變故而影響就學中之國小、國中、高中（職）及大專院校之學生。
- 3.『醫療急難濟助』：因罹病必須至醫院治療，其醫療費及輔具費支應有困難者。
- 4.如有特殊變故須急難救助但不含於上述項目者，另以個案辦理。

四.濟助項目及申請方式

- 1.『家庭急難濟助』：針對家庭或個人之生活費、喪葬費等濟助。
由直轄市及縣市政府社會局、鄉鎮市公所及區公所社會課、政府許可設立的社福機構專業社工人員評估後填具轉介申請書，加蓋機構關防並檢附相關證明，向主辦單位提出申請。
- 2.『學生急難濟助』：針對學生個人之學雜費、生活補助（含營養午餐）費等濟助。
 - （1）由學校初核後，填具申請書（需加蓋學校關防）及檢附相關文件後，學校得隨時向主辦單位提出申請。
 - （2）申請『行天宮學生急難濟助』之學生，如已於當學期申請通過『行天宮助學金』者不得重複申請。
 - （3）（大學部）公費生、研究生、以及各級學校之休學或輟學者不列入本項目之濟助對象。
- 3.『醫療急難濟助』：針對病患個人於醫院內發生之醫療費及輔具費（以輪椅、拐杖、助行器、便盆椅為限）之濟助；不包括看護費及家屬生活費等。
 - （1）經評選通過之捐贈醫院，其社工單位就院內亟需濟助之病患直接審查通過後予以核給。※此項另訂“專款專用實施要點”。
 - （2）一般醫院病患須由該院內社工單位初審後填具轉介申請書（需加蓋醫院關防）及檢附相關證明後，向主辦單位提出申請。

- (3) 就醫期間除醫療費及輔具費濟助外，若有第1項或第2項之需求者，另可依上述各項目之程序進行申請。

五.申請條件與濟助原則

- 1.限急難變故發生日起六個月內進行申請，且同一項目於其變故發生之六個月內以濟助一次為原則。
- 2.當年度已領有政府或其他單位補助者請於轉介申請書註明。
- 3.申請時應檢具之證明文件：

※必備-

- (1) 轉介申請書
- (2) 全戶戶口名簿或近三個月內戶籍謄本影本
- (3) 低收入戶證明或清寒證明（無則免附）

※選項-

- (1) 子女在學證明或學生證影本
- (2) 身障手冊或重大傷病卡
- (3) 重大事故證明資料：如疾病診斷書、死亡證明、醫療或喪葬費用收據影本、重大災害證明等。

六.濟助金額與致送方式

- 1.『家庭急難濟助』每一個案之濟助總金額以新台幣參萬元為上限。
- 2.『學生急難濟助』每一個案之濟助總金額以新台幣參萬元為上限。
- 3.『醫療急難濟助』每一個案之濟助總金額以新台幣伍萬元為上限。
- 4.除具下列之情形，其濟助金額以病患當期積欠醫療費之三分之一為上限，且最高不得超過新台幣伍萬元整外，一般病患濟助金額依照前項辦理：
 - (1) 無健保之大陸地區人民及外籍人士。
 - (2) 無健保且無家屬協助之遊民及路倒病人。
 - (3) 無健保又無意願辦理分期繳納之民眾。
- 5.除捐贈醫院外，各項濟助案主辦單位得再經電訪或親訪審查後，依其實際情況核給濟助金額。
- 6.特殊個案：金額需求超過上限或於急難變故發生日起六個月內需要超過一次以上之濟助者，得另以專案審核。
- 7.開立劃線及禁止背書轉讓之具名(案主)支票，支領憑證得由原申請機構(含學校)轉交，並須負責寄回支領憑證。

七.附則

本辦法經董事會核准後實施，修訂時亦同。

『行天宮急難濟助』個案轉介申請表

申請項目： 家庭急難濟助 學生急難濟助 醫療急難濟助
(公部門、社福團體/案主為一般民眾) (學校/案主為學生) (醫院/案主為一般民眾)

收件編號：_____

案主姓名	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	職業/科系年級	出生年月日	民國 年 月 日							
身份別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 新移民 <input type="checkbox"/> 其他	身分證字號									
聯絡地址	聯絡電話 <small>必填</small>	個人存摺 <small>必填</small>	案主有帳戶： <input type="checkbox"/> 可使用 <input type="checkbox"/> 遭凍結								
	手機號碼		案主無帳戶： <input type="checkbox"/> 可開戶 <input type="checkbox"/> 無法開戶								
<p>I. 本人已詳閱相關辦法，同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「行天宮急難濟助」與第三方查詢，供審核使用。 II. 通過審核者之補助款金額將列計當年度收入，並將依國稅局規定寄發扣繳憑單。 III. 本人明白有權對轉介申請表與其附件行使以下權利：1. 查詢或請求閱覽 2. 請求製給複製本 3. 請求補充或更正 4. 請求停止蒐集、處理或利用 5. 請求刪除本人個人資料。但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。</p> <p style="text-align: center;">案主簽章：_____ (必填) 法定代理人：_____ (與案主關係：_____)</p> <p><small>※依個資法第九條「免告知義務」說明 若案主或法定代理人已簽名請略過</small> 至今仍不知其法定代理人為何人(或無法聯繫)，為免損害案主接受濟助審核權利，及促進社會公益，故未向其告知以上兩點事項。另為免影響審核結果，同意提供案主資料、家庭成員概況並同意「行天宮急難濟助」與第三方查詢，請各相關單位配合協助案主度過難關。</p> <p style="text-align: right;">主管/承辦人：_____ 年 月 日</p>											
轉介單位	名稱 <small>必填</small>	住址 <small>必填</small>	申請日期								
	轉介人/電話 <small>必填</small>	Email	年 月 日								
	導師/電話	Email	年 月 日								
家系圖：	說明：請敘述家庭背景、成員及主要經濟來源狀況、急難原因及需求....等										
家庭所有成員狀況											
稱謂	姓名	年齡	存/殘 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級	保險別 請填數字	稱謂	姓名	年齡	存/殘 健康狀況	就業、收入情形 或就讀學校年級	保險別 請填數字
案主											
保險別(可複選) 1.健保 2.勞保 3.國保 4.農保 5.漁保 6.公保 7.軍保 8.眷保 9.榮保 10.福保 11.商業保險 12.其他											
家庭經濟狀況 全戶總人口數：_____ 人，工作人口數：_____ 人，就學人口數：_____ 人											
全戶福利資源現況 <input type="checkbox"/> 低收入家庭生活補助 <input type="checkbox"/> 特境家庭生活扶助 <input type="checkbox"/> 學校仁愛基金補助 <input type="checkbox"/> 馬上關懷											
<input type="checkbox"/> 低收入生活補助 <input type="checkbox"/> 老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 學產基金急難救助 <input type="checkbox"/> 公所急難救助											
低收入戶 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 兒少生活扶助 <input type="checkbox"/> 教育部助學金補助 <input type="checkbox"/> 醫院補助金額 _____											
類/款 <input type="checkbox"/> 行天宮醫療專款 _____ <input type="checkbox"/> 其他(含已轉介單位)：_____											
全戶家庭收入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 全戶每月工作平均總收入：_____ 元 <input type="checkbox"/> 全戶利息收入 _____ 元 <input type="checkbox"/> 其他：_____											
全戶家庭支出 <input type="checkbox"/> 生活費 _____ 元/月 <input type="checkbox"/> 房貸 _____ 元/月 <input type="checkbox"/> 房租 _____ 元/月 <input type="checkbox"/> 學雜費 _____ 元/學期											
<input type="checkbox"/> 醫療費 _____ 元 <input type="checkbox"/> 喪葬費 _____ 元 <input type="checkbox"/> 其他 _____											
主要負擔家計者 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 服刑 <input type="checkbox"/> 重大傷病患者 <input type="checkbox"/> 其他 _____											
檢附文件 <input type="checkbox"/> 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) <input type="checkbox"/> 低收入戶或清寒證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本											
<input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 診斷證明 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 醫療或喪葬單據影本 <input type="checkbox"/> 其他：_____											
轉介單位建議	建議補助金額 _____ 元	機構關防 (請蓋大印)	單位主管 (職章)	轉介人員 (職章)							

※申請書及附件請依序排列後於右上方黏貼
 收件地址 10505 台北市松山區南京東路三段303巷14弄4號
 財團法人台北行天宮急難濟助啟
 惟將尊重個人機密予以嚴格保密
 關懷專線 0800-211885 / 02-25026606

註：1.本表需由社會局、社會課、醫院社工室、各慈善社福機構專業社工人員，或學校單位填寫。(收件編號由本法人填寫) 1050128 修訂
 2.個案經主辦單位審查通過後通知轉介單位，轉介申請表及附件恕不退還(將尊重個人機密予以嚴格保密)。