

| 附表二-1 東河鄉原住民急難救助申請表 | | | | | | | | 收件日期： 年 月 日 | | |
|--|--|--|-------|-----|------|----------|-----|-------------|--|--|
| 申請人基本資料 | 姓 名 | | 性 別 | | 出生日期 | 民國 年 月 日 | | | | |
| | | | 身分證字號 | | | | 族 別 | 阿美族 | | |
| | 電 話 | | | 手 機 | | | | | | |
| | 住址 | 臺東縣東河鄉 | | | | | | | | |
| | 連絡地址 | <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| 申請項目 | <input type="checkbox"/> 醫療救助- <input type="checkbox"/> 喪葬救助- <input type="checkbox"/> 生活扶助- <input type="checkbox"/> 重大災害 | | | | | | | | | |
| 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 checked="" type="checkbox"/> 除戶戶籍謄本(全戶)或戶口名簿影本(含註記)：_____ <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. 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：_____） <div style="text-align: right;">填表時間： 年 月 日</div> | | | | | | | | | | |

訪查(調查)時間： 訪查(調查)人員：
受訪人： (與申請人(當事人)關係：)

[illegible]

東河鄉原住民急難救助個案認定表二

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------|--|------|-----------------|----------------------------------|------------|--------|---------|--------|--|---------|--|---------|--|--------|--|--------|--|---------|--|---------|--|--------|--|--------|--|---------|--|---------|--|--------|--|--------|--|---------|--|---------|--|--------|--|---------|--|---------|--|
| 健康狀況 | <input type="checkbox"/> 身體健康，生活自理能力佳 <input type="checkbox"/> 罹患慢性疾病但生活仍可自理 <input type="checkbox"/> 罹患慢性疾病部分生活可自理、部分需仰賴他人 <input type="checkbox"/> 癱瘓臥病在床 <input type="checkbox"/> 眼部疾病 <input type="checkbox"/> 腎臟疾病 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 骨與關節疾病 <input type="checkbox"/> 肝臟疾病 <input type="checkbox"/> 肺部疾病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 腸胃疾病 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 輔助器材 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 助聽器 <input type="checkbox"/> 輪椅 <input type="checkbox"/> 助行器 <input type="checkbox"/> 拐杖 <input type="checkbox"/> 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家系圖 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建議補助金額 | 新台幣： 元整 | | | | 本欄位東河鄉公所增列 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 謹請 鈞長核示補助金額。 | 補助金額 | 負擔家計者 非負擔家計者 | 1,000~20,000 元 1,000~10,000 元 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 新台幣： 元整 <table border="1" data-bbox="639 1247 1442 1431"> <tr> <td></td><td>1,000~</td><td></td><td>6,000~</td><td></td><td>11,000~</td><td></td><td>16,000~</td></tr> <tr> <td></td><td>2,000~</td><td></td><td>7,000~</td><td></td><td>12,000~</td><td></td><td>17,000~</td></tr> <tr> <td></td><td>3,000~</td><td></td><td>8,000~</td><td></td><td>13,000~</td><td></td><td>18,000~</td></tr> <tr> <td></td><td>4,000~</td><td></td><td>9,000~</td><td></td><td>14,000~</td><td></td><td>19,000~</td></tr> <tr> <td></td><td>5,000~</td><td></td><td>10,000~</td><td></td><td>15,000~</td><td></td><td>20,000~</td></tr> </table> | | | | | 1,000~ | | 6,000~ | | 11,000~ | | 16,000~ | | 2,000~ | | 7,000~ | | 12,000~ | | 17,000~ | | 3,000~ | | 8,000~ | | 13,000~ | | 18,000~ | | 4,000~ | | 9,000~ | | 14,000~ | | 19,000~ | | 5,000~ | | 10,000~ | | 15,000~ | |
| | 1,000~ | | 6,000~ | | 11,000~ | | 16,000~ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2,000~ | | 7,000~ | | 12,000~ | | 17,000~ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3,000~ | | 8,000~ | | 13,000~ | | 18,000~ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4,000~ | | 9,000~ | | 14,000~ | | 19,000~ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5,000~ | | 10,000~ | | 15,000~ | | 20,000~ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 審核結果 | 一、 <input type="checkbox"/> 經認定符合「本所原住民急難救助實施要點」第四點第__項第__款規定，本案擬核發救助金_____元。 二、 <input type="checkbox"/> 經認定未符「本所原住民急難救助實施要點」第五點第__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_____。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初審 | 承辦人 | 業務主管 | 機關首長核定 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | (呈第 層決行) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |