

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			
	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、電、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：_____)			填表時間： 年 月 日			

<b>附表二-2 東河鄉公所原住民急難救助個案認定表一</b>						
訪查(調查)時間：		訪查(調查)人員：				
受訪人： (與申請人(當事人)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
	申請人			良好. 尚可. 不好. 極差		
				良好. 尚可. 不好. 極差		
				良好. 尚可. 不好. 極差		
				良好. 尚可. 不好. 極差		
				良好. 尚可. 不好. 極差		
				良好. 尚可. 不好. 極差		
				良好. 尚可. 不好. 極差		
				良好. 尚可. 不好. 極差		
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。			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、 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。				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、 核發 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 住院看護費用補助 _____ 元。				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)	
	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： _____ 。					
個案評估 (急難事 由、家庭狀 況、問題及 處遇…等)	1. <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>					

## 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																												
	<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																													
建議助額	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"> <tr><td></td><td>1,000~</td><td>6,000~</td><td>11,000~</td><td>16,000~</td></tr> <tr><td></td><td>2,000~</td><td>7,000~</td><td>12,000~</td><td>17,000~</td></tr> <tr><td></td><td>3,000~</td><td>8,000~</td><td>13,000~</td><td>18,000~</td></tr> <tr><td></td><td>4,000~</td><td>9,000~</td><td>14,000~</td><td>19,000~</td></tr> <tr><td></td><td>5,000~</td><td>10,000~</td><td>15,000~</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~	20,000~
	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_____。																												
	<table border="1"> <tr> <td>承辦人</td> <td>業務主管</td> <td>機關首長核定</td> </tr> </table>						承辦人	業務主管	機關首長核定																				
承辦人	業務主管	機關首長核定																											
初審																													
	(呈第____層決行)																												