

# 許崑泰社會福利公益信託

社服高級專員:何稼鈴

信箱:ling0970272757@gmail.com

手機:0970272757

## 本 旨：弱 勢 助 學

為擴大協助弱勢學生順利就學，本公司能提供就學補助讓弱勢家庭中的孩童能享有無憂的就學環境及心情，本公司自 105 學年度起辦理「弱勢學生助學計畫」原(宏匯集團)。現已向衛福部申請【許崑泰社會福利公益信託】【宏匯集團社會福利公益信託】實施措施包含助學金、生活助學金、等費用提供補助。分述如下：

- 一、生活助學金：針對家庭年所得 30 萬元以下之學生，依據其就讀學校之公私立別及家庭年所得，提供新臺幣 2,000 元至 30,000 元不等之助學金，以減輕學生學雜費之負擔。

說明：本公司宗旨在幫助社會弱勢族群孩童就學補助。

- 一、當貧困家庭遭逢重大變故，致使陷入經濟困境，使其不能正常生活，本公司願協助提供急難救助包括：教育、醫療、生活之所需，其能以最快速度給予遭逢變故的家庭給予及時的協助與關懷，協助弱勢家庭，提供生活費、健保費、子女教育學習費...等各項補助，改善弱勢家庭生活困境，提供必要之協助，縮短弱勢家庭兒童少年與一般家庭學習資源的落差。

- 二、經轉介或需向本公司申請的案家，本公司會後需安排家訪以表關心，並於次月撥放補助款項。款項將會匯入校方帳戶再請付上學校帳戶資料，謝謝

三、轉介時請檢附 貴單位之評估表訪視狀況、案主之家庭關係、目前困難狀況、貴單位建議協助內容等連同本公司的申請表格及需檢附之證明文件(1.全戶戶籍謄本 2.財稅 3.主要家計者及申請者之存款簿內頁交易明細半年內交易明細 4.學校帳戶)掃描好 email 寄至本公司，款項將會入到校方帳戶。再由校方開立捐款收據 收據抬頭:許崑泰 本公司收件後會盡速處理。

四:轉寄方式:轉介單填寫完畢後以掃描 email 方式呈送轉介單及附件資料，並依案家狀況付上相關資料，若有轉介方面疑問可直接撥打手機詢問:何小姐 0970272757

聯絡方式:

公司名稱:宏匯集團 許崑泰社會福利公益信託 宏匯社會福利公益信託

姓名:何稼鈴

電話:0970272757

Email:ling0970272757@gmail.com

因長時間外訪聯絡請撥打手機，或是 email 謝謝



董事長 許 崑 泰

宏匯社會福利公益信託

許崑泰社會福利公益信託

| 學校帳戶資料        |  |
|---------------|--|
| 學校名稱：<br>(全銜) |  |
| 學校匯款戶名：       |  |
| 匯款銀行：         |  |
| 分 行：          |  |
| 解款行庫代號：       |  |
| 帳 號：          |  |
| 統一編號：         |  |
| 學校地址：         |  |
| 聯絡單位/聯絡人：     |  |
| 電 話：          |  |
| Email：        |  |
| 傳 真：          |  |

\*若帳戶或聯絡人等資料異動，請立即告知並將更正資料 Email，謝謝

許崑泰社會福利公益信託

承辦人:何稼鈴 電話:0970272757

Email:ling0970272757@gmail.com

# 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

編號：

| 案主姓名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 性別        | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 職業<br>科系年級         |                 | 出生年月日                                                 | 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"/> 新移民之子女 <input type="checkbox"/> 身障者 <input type="checkbox"/> 其他                                                                                                                                                                                                                                                                                  |           |                                                       |                    |                 | 身分證字號                                                 |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 聯絡地址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                       |                    | 個人<br>存摺        | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 聯絡電話<br>手 機 號 碼 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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「許崑泰社會服務濟助」與第三方查詢，供審核使用。<br>※依個資法第九條「免告知義務」<br>但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 案主簽章：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (必填)      |                                                       | 法定代理人：             |                 | (與案主關係：)                                              |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 主管/承辦人：                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | __年__月__日 |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 轉介<br>單位                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 名<br>稱                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |                                                       |                    | 轉介人             |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 住<br>址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |                                                       |                    | 轉介人電話<br>Email: |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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(如填寫不下可另外寫在一張紙上)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <div style="text-align: center;">家 庭 所 有 成 員 狀 況</div> <table border="1"> <thead> <tr> <th>稱謂</th> <th>姓 名</th> <th>年 齡</th> <th>存/歿<br/>健康狀況</th> <th>就業、收入情形<br/>或就讀學校年級</th> <th>稱謂</th> <th>姓 名</th> <th>年 齡</th> <th>存/歿<br/>健康狀況</th> <th>就業、收入情形<br/>或就讀學校年級</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>案主</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 | 稱謂          | 姓 名                | 年 齡 | 存/歿<br>健康狀況 | 就業、收入情形<br>或就讀學校年級 | 稱謂 | 姓 名 | 年 齡 | 存/歿<br>健康狀況 | 就業、收入情形<br>或就讀學校年級 | 案主 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 稱謂                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 姓 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年 齡       | 存/歿<br>健康狀況                                           | 就業、收入情形<br>或就讀學校年級 | 稱謂              | 姓 名                                                   | 年 齡             | 存/歿<br>健康狀況 | 就業、收入情形<br>或就讀學校年級 |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 案主                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保險別(可複選)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 國保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 眷保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他__                                                                                                                                        |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福利資源現況<br>中/低收入戶<br>__類/款                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 低收家庭生活補助 <input type="checkbox"/> 婦女緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 學校仁愛基金補助 <input type="checkbox"/> 急難紓困<br><input type="checkbox"/> 低收就學生活補助 <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<br><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：__<br><input type="checkbox"/> 其他(含已轉介單位)：__ |           |                                                       |                    |                 |                                                       |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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"/> 失業達半年以上 <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<br><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<br>建議                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 濟助項目： <input type="checkbox"/> 醫療費 <input type="checkbox"/> 急難金 <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 健保費<br><input type="checkbox"/> 生活助學金 <input type="checkbox"/> 助學金 <input type="checkbox"/> 營養午餐 <input type="checkbox"/> 其他<br>2. 濟助金額 __ 元                                                                                                                                                                                             |           |                                                       | 單位主管<br>(簽章)       |                 | 轉介人員<br>(簽章)                                          |                 |             |                    |     |             |                    |    |     |     |             |                    |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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) 107099 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)。