**社 團 法 人 屏 東 縣 海 青 青 弘 會 弱勢家庭個案轉介(申請)單 填表日期 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 協助內容： □生活輔助 □喪葬補助 □醫療補助 □ 居家修繕  □ 兒童課後照顧 □輔具需求 □其他 | | | | | | | | | | |
| 證明資料文件： □身分證 □戶籍謄本(戶口名簿) □身障證明（障別　　　 等級　　　）  □(中)低收入戶 　　 款 □醫生證明(醫療單據) □喪葬收據 | | | | | | | | | | |
| **轉 介 單 位** | | | | | | | | | | |
| 轉介單位  名稱 | |  | | | | | | | | |
| 辦公室電話 | | **(0 )** | | | | | 傳真電話 | **(0 )** | | |
| 聯絡人 / 職稱 | | / | | | | | 行動電話 |  | | |
| 辦公室地址 | |  | | | | | | | | |
| **個 案 狀 況** | | | | | | | | | | |
| 案主  姓名 |  | | 性 別 |  | 出生  日期 | 年 月 日 | | | 身分證  字號 |  |
| 聯 絡 人 | □同案主 | | 與案主  關係 |  | 室內  電話 | **(0 )** | | | 手機 |  |
| 地 址 | |  | | | | | | | | |
| 其他協助狀況/ 社會福利類別 | |  | | | | | | | | |
| 婚姻狀況 | |  | | | | | | | | |
| 家庭支持系統  (家人/手足) | |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 收入來源 | |  | | | |
| 家居情形 | |  | | | |
| 飲食狀況 | |  | | | |
| 身心狀況 | |  | | | |
| 急難事由或  修繕內容概述 | |  | | | |
| 家系圖 | | | | | |
| **簽 核** | 單位主管 | |  | 承辦人員 |  |

110/06