

轉介日期:民國 年 月 日

一、基本資料								
姓名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
身分證字號				出生	民國 年 月 日 ; 足歲			
住家電話	()			手機號碼				
聯絡人				聯絡人電話				
地址	<input checked="" type="radio"/> 戶籍地址 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input checked="" type="radio"/> 通訊地址 <input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____							
身分類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所(或以上)							
婚姻狀況	子女 人, <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 一方失聯/蹤							
日常生活功能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需要他人幫忙 <input type="checkbox"/> 需要輔助工具 _____ <input type="checkbox"/> 無法自行行動							
住屋狀況	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 有貸款 <input type="checkbox"/> 無貸款) <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他 _____							
二、就醫情形 (本表不敷使用請另行使用附件)								
診斷名稱				癌症期別	<input type="checkbox"/> 原位 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV			
醫院				主治醫師	科, _____ 科, _____			
放射線治療	日期起迄	日期 (年/月/日)						
名稱: _____ <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 自費	開始於	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	
		~	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
	結束於	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
		共 次	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
醫療人員簽章								

案 家 概 況

★福利身份：A 一般戶 B 中低收入戶(含中低收入老人) C 低收入戶(請註明_款) D 榮民/眷 E 其他(請敘明)

同住家屬	稱謂	姓名	出生年月日	性別	就業/學情形	未就業原因	★福利身份	每月工作收入金額	領取相關社福補助

資源協助情形

- 中低收入戶
 低收入戶生活補助款_____元/月
 特殊境遇家庭_____元/月
 身心障礙生活補助_____元/月
 其他補助：_____元/月

「希望驛站」申請資格與文件檢核(勾選)

- 申請全額自費入住(請跳填 A 欄位) 申請本會補助住宿費入住(請跳填 B 欄位)

A 欄位	資格	<input type="checkbox"/> 正在接受放射線治療中之癌症病人。
	檢附文件	<input type="checkbox"/> 近三個月內之「罹癌診斷證明書」正本。 ※醫師囑言欄位需有放射線治療起訖日期、每週幾次、共幾次之說明字樣。 <input type="checkbox"/> 本會「希望驛站轉介單」或會內個案申請單。
B 欄位	資格	<input type="checkbox"/> (1)申請入住台北、台中、高雄之希望驛站 <input type="checkbox"/> A. 正在接受放射線治療中之癌症病人。 <input type="checkbox"/> B. 未設籍就醫醫院之縣市。 ※申請入住台北希望驛站者需設籍不在台北市及新北市；申請高雄希望驛站者，設籍不得在左營區、楠梓區、鼓山區、三民區、新興區、前金區、苓雅區、鹽埕區、前鎮區、旗津區、小港區。 <input type="checkbox"/> C. 具有政府之低收或中低收入戶資格者、設籍花東地區具備清寒證明身分者亦可。 <input type="checkbox"/> D. 有可陪伴入住之親友，限一名。 姓名：_____ 關係： <input type="checkbox"/> 親人，稱謂：_____； <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> E. 經社工評估需以特殊案例處理者。 <input type="checkbox"/> (2)申請入住花蓮、臺東之希望驛站 <input type="checkbox"/> A. 正在接受放射線治療中之癌症病人。 <input type="checkbox"/> B. 未設籍就醫醫院之縣市；或設籍與就醫醫院均在花蓮、台東縣市地區，但兩者交通距離達 40 公里以上者。※以 Google Map 計算距離。 <input type="checkbox"/> C. 具有政府之低收或中低收入戶資格者、設籍花東地區具備清寒證明身分者亦可。 <input type="checkbox"/> D. 有可陪伴入住之親友，限一名。 姓名：_____ 關係： <input type="checkbox"/> 親人，稱謂：_____； <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> E. 經社工評估需以特殊案例處理者。

【請接下頁續填】

B欄位	檢附資料	<input type="checkbox"/> A. 近三個月內之「罹癌診斷證明書」正本。 ※醫師囑言欄位需有放射線治療起訖日期、每週幾次、共幾次之說明字樣。 <input type="checkbox"/> B. 近三個月內之全戶戶籍謄本詳盡版正本，或丙式新式戶口名簿正本/影本。 <input type="checkbox"/> C. 低收或中低收之相關證明文件。 <input type="checkbox"/> D. 本會「希望驛站」申請/轉介單。
-----	------	---

已下欄位由轉介單位或本會人員填寫，自行求助者免填

家系圖	請畫三代	個案是否同意貴單位轉介至本會服務， <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		申請單位	申請單位承辦人員 簽名或蓋章 <input type="checkbox"/> 護理師 <input type="checkbox"/> 社工 <input type="checkbox"/> 個案師
	聯絡方式： 電話：() _____ 傳真：() _____ E-mail: _____		

【此頁由基金會人員填寫】

- 一、審核日期： _____
- 二、以特殊案例處理者，訪查社工說明案主情形，評估為確實需補助：
 (本欄若不敷填寫請以附件說明)

三、審核結果：

- 審核通過 審核未通過

訪查人員	單位主管