

教育處

花蓮縣兒童青少年暨家庭醫療關懷協會 函

檔 號：
保存年限：

地址：花蓮縣吉安鄉北昌村自強路 589 號

電話：(03) 858-1169

連 絡 人：陳永鑫

網 址：<http://www.care886.org.tw/>

970

花蓮市府前路 17 號

受文者：花蓮縣政府

體健科

密等及解密條件：

發文日期：中華民國 102 年 10 月 1 日

發文字號：兒醫字第 005 號

附件：

主旨：請 鈞府協助宣導全縣各級學校，符合本協會服務項目之對象可直接致電、來文、傳真申請書或親臨本會諮詢，請 核示。

說明：

- 一、本會設立目的：
兒童青少年本人及家庭經濟來源者，罹患重大疾病或重大意外之緊急醫療費用協助、生活物資發放或相關醫療補助理賠諮詢。
- 二、校方基於保護學生個人資料，實難直接通報本協會申請相關補助。

辦法：

- 一、落實本會成立宗旨，請 鈞府協助發函至全縣各級學校，凡符合本協會服務項目之對象均可直接致電、來文、傳真申請書或親臨本會諮詢。
- 二、為讓受害人或其家屬可於最短時間，獲得本會資助及相關諮詢，敬請 鈞府同意發文辦理。

附件：

- 一、急難救助申請表
- 二、愛心醫療卡申請書
- 三、制服銀行申請書

正本：花蓮縣政府

副本：本會

理事長 張正治

花蓮縣兒童青少年
暨家庭醫療關懷協會

花府

102/10/03



1020183239

裝訂線



急難救助申請表

轉介單位：_____ 填表日期：____年____月____日

聯絡人：_____ 聯絡電話：_____

【申請人資料】

姓名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生日	年	月	日	年齡	
----	----	---	----	---	---	---	----	--

電話	_____							
----	-------	--	--	--	--	--	--	--

住址	_____							
----	-------	--	--	--	--	--	--	--

保險	<input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 學生保險 <input type="checkbox"/> 全民健保 <input type="checkbox"/> 人身保險 <input type="checkbox"/> 汽機車強制險							
----	---	--	--	--	--	--	--	--

健康狀況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 疾病名稱及造成原因：_____ <input type="checkbox"/> 需人照料 <input type="checkbox"/> 需 24 小時照顧							
------	--	--	--	--	--	--	--	--

申請項目 (可重複勾選)	<input type="checkbox"/> 醫療 <input type="checkbox"/> 急難 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 喪葬 <input type="checkbox"/> 其他 _____ <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊：障別 _____ 等級 <input type="checkbox"/> 輕 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 重大傷病卡：病名 _____							
-----------------	---	--	--	--	--	--	--	--

請簡述個案狀況	_____ _____ _____							
---------	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--

1. 本申請文件中有關急難事件當事人及其家庭之基本資料、急難事由均係據實提供，當事人及其家屬同意本會以電話或實地進行訪視，訪視時係由本人或家屬據實陳述，如有不實，願自負法律責任。
2. 同意本會如有基於個案評估及審核之必要，得查詢或調閱當事人及家屬之戶籍或核對其他相關資料。
3. 本會有保護管理申請人個人資料之義務。

訪視員意見： _____

訪視員：_____	日期：_____年____月____日
-----------	---------------------



花蓮縣兒童青少年福利協會
 花蓮縣吉安鄉自強路589號 電話:858-1169 傳真:846-6960
<http://www.care886.org.tw/>

愛心醫療卡申請簡章

說明

持愛心醫療卡至特約診所看診，就診費用為部份或全額補助。
 申請方式及福利

1. 與協會聯絡。
2. 填寫申請書，傳真至：(03)846-6960 後，將有服務人員與您聯絡。
3. 本申請書可自行複印。
4. 申請審核通過者，本協會將寄送通知書及愛心醫療卡至聯絡地址。

協會宗旨

1. 兒童青少年罹患重大疾病或發生重大意外事故之醫療補助及在學補助。
2. 兒童青少年原為家庭經濟來源者，罹患重大疾病或發生重大意外事故之醫療補助及短期家庭物資補助。

聯絡方式

花蓮縣兒童青少年暨家庭醫療關懷協會

服務專線：(03)858-1169

服務地址：花蓮縣吉安鄉自強路 589 號

注意事項

1. 核卡後請於卡片背面立即簽名。
2. 請於掛號結帳時出示本卡，於特約診所享有免掛號費優惠。
3. 健保卡停卡者，仍享有免掛號費、免診療費之優惠。
4. 本卡請妥善保管，若遺失請至本會申請補發，酌收工本費\$150 元
5. 本會保有修正、暫停及終止卡片使用之權益。

愛心卡申請單

姓名				出生日期	年	月	日	籍貫	
性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚	身份證號					
聯絡地址	縣市	鄉鎮	路街	段	巷	弄	號	樓	
連絡電話	市話：	行動：							
緊急連絡人				緊急連絡人電話					
【以下內容由本協會人員填寫】									
轉介單位				承辦人聯絡電話					
狀況說明									

服務員：

審核：

日期： 年 月 日

制服銀行申請表

為減輕家中經濟負擔及綠色環保資源回收再利用之概念，本會對新生入學或汰換髒舊制服，設有相關申請辦法，凡經本會審核符合資格者，均可免費享有此福利。

註：一、本會免費發放之制服一律以無破損回收制服為主！若遇無尺寸由服務員登記辦理。
 二、限國中、高、職 學生

申請辦法：填此申請表交服務人員即可

【基本資料】

學生姓名：_____ 學生家長：_____ 電話：_____

地 址：_____

備 註：_____

【以下資料由本會服務人員填寫】

申請者條件：一般身份 低收入、弱勢 重大傷病

其他：_____

◆核付項目：男 女 夏季 冬季

褲子 上衣 運動褲 運動上衣 外套 背心

尺寸：

◆備註說明：

服務人員：

年 月 日

審核：