

# 財團法人育田社會福利慈善基金會 函

聯絡地址：33376 桃園市龜山區文東五  
街 37 巷 37 號 2 樓

聯絡人：王巧涵

聯絡電話：03-328-5188 分機 114

傳真電話：03-328-7258

E-mail：catherine@mercyland.org.tw

受文者：澎湖縣政府社會處

發文日期：中華民國 109 年 01 月 17 日

發文字號：育字第 10911001 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明三

主旨：檢送本會辦理「育田基金會 109 癌友家庭扶助辦法」敬請 轉知  
所屬社福單位社工人員，協助有需要民眾轉介申請，請 查照。

說明：

- 一、本會為關懷家計負擔者及其家人因罹患癌症正在治療或病重已屆安寧照護，於治療期間工作中斷恐造成家中經濟窘迫情況之癌友家庭，於本年度研擬辦理「育田基金會 109 癌友家庭扶助」乙案。
- 二、凡經各縣市社會局處及所屬各類福利服務中心專業社工人員評估符合上述資格之癌友家庭，即日起開始受理轉介申請。敬請 協助轉知所屬社福單位社工人員多加利用，協助有需要之弱勢家庭申請，視需求可先來電諮詢與討論個案狀況。
- 三、檢附扶助辦法、轉介表各乙份，前述表單可於本會官網下載使用。

正本：基隆市政府社會處、台北市政府社會局、新北市政府社會局、桃園市政府社會局、新竹市政府社會處、新竹縣政府社會處、苗栗縣政府社會處、台中市政府社會局、彰化縣政府社會處、南投縣政府社會處、雲林縣政府社會處、嘉義市政府社會處、嘉義縣政府社會局、台南市政府社會局永華市政中心、台南市政府社會局民治市政中心、高雄市政府社會局、屏東縣政府社會處、宜蘭縣政府社會處、花蓮縣政府社會處、台東縣政府社會處、澎湖縣政府社會處、金門縣政府社會處、連江縣政府衛生福利局

副本：本會

董事長 杜秀姬



## 109 癌友家庭扶助辦法

109.1.1 公告實施

### 壹、目的

癌友罹癌時，會因為無法工作導致收入短缺，或是營養補充支出龐大，而影響家庭的經濟，進而導致治療不穩定。為讓癌友在罹癌時，不必擔心開銷能專心接受治療，育田基金會施行癌友家庭扶助。

### 貳、扶助對象

- 一、 罹患癌症，現持續接受治療(手術、放療、化療)等積極治療行為，或已接受安寧照護者；並以罹癌(初診、復發)3個月內的個案為優先扶助對象。
- 二、 罹癌者為家中主要經濟來源者；或因罹癌導致家庭有其他開銷增加情形，如：營養品、就醫車資等。
- 三、 以無領有其他長期社福資源者為優先補助對象，如：公部門、其他社福單位補助，若已領有其他社福資源者，將視其補助金額，調整本會扶助內容。
- 四、 已入住機構或已死亡者，非本會扶助對象。

### 參、扶助項目

#### 一、緊急生活扶助：

甫罹癌導致經濟陷入困難之緊急事由，提供每位癌友緊急生活扶助，每月補助上限為新台幣壹萬元整，最長三個月，補助金額與時程將由本會社工評估後核發。

#### 二、急難救助：

經本會社工以治療期程、經濟條件等因素進行綜合評估後，不符合緊急生活扶助條件，但實有經濟困難者，則採一次性急難救助，補助上限3萬元。

三、每位癌友當年度僅能申請一次扶助，每戶案家(三等親內)最多扶助兩名癌友。

四、以上二項補助項目，由本會社工評估後核定之，轉介單位無須填寫申請項目。

五、本會不予補助醫療費、養護機構費、看護費、輔具支出費用等。

肆、扶助期間：自109年1月1日起至109年12月31日(將視實際情況，提前截止日期)

伍、實施範圍：全國含離島各地區。

#### 陸、轉介方式：

透過下列各單位專業人員評估後，填妥「本會轉介表」，經當事者同意簽名後，將轉介表與相關證明文件，以傳真、郵寄方式轉介本會服務中心，並來電確認轉介表是否已寄達。

- 一、 癌友就醫之醫院社工、癌症資源中心專業人員
- 二、 實際居住地之政府社會局處及所屬福利服務中心<sup>1</sup>社工人員
- 三、 學校、其他社福單位社工人員
- 四、 轉介單位社工，若無開案協助癌友者，本會恕不接受轉介。

柒、 服務中心

- 一、 總 會 連絡電話：03-328-5188#113、114，傳真電話：03-328-7258

郵寄地址：「33376 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 育田基金會」

- 二、 宜蘭中心 連絡電話：03-990-9307，傳真電話：03-990-9308

郵寄地址：「27049 宜蘭縣蘇澳鎮頂平路 6 號 育田基金會」

- 三、 花蓮中心 連絡電話：03-863-0007，傳真電話：03-863-0017

郵寄地址：「97401 花蓮縣壽豐鄉志學村大學路二段一號 3-7 室 育田基金會」

(實際居住地或就醫地為宜蘭縣、基隆市、台北市、新北市之個案，請轉介至宜蘭中心；  
花蓮縣、台東縣、高雄市、屏東縣之個案，請轉介至花蓮中心；其他地區請轉介至總會)

捌、 轉介表單下載 [https://www.mercyland.org.tw/?page\\_id=563](https://www.mercyland.org.tw/?page_id=563)

玖、 轉介注意事項：

- 一、 檢附文件(可附影本)：(1)本會轉介表(2)近三個月內之同住全戶人口戶籍謄本或戶口名簿影本(3)近一年同住全戶人口完稅之綜合所得各類所得資料清單及財產歸屬資料或低收入/中低收入戶證明(低收入證明與財稅證明二擇一)(4)癌症醫療診斷證明書(5)其他相關證明文件:政府補助核定公文(ex.急難救助、弱勢兒少、特境家庭)、身障證明影本等(6)免附死亡證明書或醫療費用收據
- 二、 本會社工評估時會視文件中訊息提供完整度進行電訪或實地家訪、院訪，倘若無法配合訪視者恐無法核予補助。
- 三、 若近期已接受或當月同步申請其他社福單位補助，本會可依申請者實際生活情形，及已接受之資源情形，評估調整補助額度或是暫緩補助。
- 四、 本會以轉帳方式撥付補助款項，故通過補助後需提供存摺封面影本，申請時請註明是否有帳戶凍結、強制扣款情形。
- 五、 轉介表需經癌友或其家屬簽名確認，若因故無法簽名時，請轉介人員於轉介單表中備註原因。

福利服務中心泛指：家庭福利服務中心、社會福利服務中心、單親、老人、身心障礙、少年及新移民福利服務中心，以及各項政府委辦福利服務方案之委辦社福團體 ex. 家暴、高風險…等

## 財團法人育田社會福利慈善基金會 癌友家庭扶助轉介表

編號：\_\_\_\_\_ (本會填寫)

轉介單位	<input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 社會福利服務中心 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 社福團體 <input type="checkbox"/> 其他_____				
	單位全銜：_____		轉介人員：_____ (請註明職稱)		
電話：_____		分機：_____	傳真：_____	手機：_____	
申請時間：_____年 _____月 _____日			最近一次與個案會談日期：_____年 _____月 _____日		
當事人基本資料	姓名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	身份證/居留證號	出生年月日
	戶籍地址				聯絡電話
	通訊地址	<input type="checkbox"/> 同上			住家： 手機：
	主要聯絡人	<input type="checkbox"/> 同個案本人	關係		連絡電話
	家庭狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 扶養年邁雙親與未成年子女_____人		就業情形 經濟來源	<input type="checkbox"/> 有工作： <input type="checkbox"/> 正職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工 ※平均月收入_____元 <input type="checkbox"/> 無工作：經濟來源_____
	居住情形	<input type="checkbox"/> 自宅 (貸款：_____元/月) <input type="checkbox"/> 租屋 (租金：_____元/月) <input type="checkbox"/> 其他_____			
	診斷情形	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 <input type="checkbox"/> 安寧照護			
申請事由	對象： <input type="checkbox"/> 家計主要負擔者或 <input type="checkbox"/> 家中其他成員；情形： <input type="checkbox"/> 罹患癌症，仍在接受治療者； <input type="checkbox"/> 罹患癌症，接受安寧照護。 請簡述申請事由，描述需本會協助之處				
家庭成員及經濟概況	(請陳述案家成員概況，與工作人口的收入情形，並簡述案家基本開銷) ● 收入來源：全戶工作人口_____人；收入_____元/月 ● 目前存款總額(全戶人口)：_____元 ● 是否擁有 <input type="checkbox"/> 車輛_____台； <input type="checkbox"/> 房屋_____棟； <input type="checkbox"/> 土地_____筆				<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">             家系圖           </div>
已取得資源協助情形	請敘明罹病後已接受或申請中之相關補助情形： 一、政府資源： <input type="checkbox"/> 低收入戶相關補助 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭補助 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 學產基金 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無 各項政府資源補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：				

