財團法人罕見疾病基金會

**罕見疾病生活補助** **申請表**

**【本表格適用於2021受疫情影響之補助申請，受理期間為110年2月1日~110年11月30日】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請日期： |  | 補助編號： |  |
| 病友姓名 |  | 出生日期 |  | 個案號 |  |
| 疾病名稱 |  | 申請人 |  | 關係 |  |
| 身分證字號 |  | 戶籍地址 |  |
| 聯絡地址 |  | 聯絡電話 |  |
| **(一)申請人需求說明：請詳實說明(必填)。**(1)**我從事的工作是**：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(2)**受疫情影響之工作狀況**(請勾選) □因疫造成失業。 □因疫放無薪假或減薪。 □因疫情影響造成自營工作、接案或臨時工作減少。 □因疫情影響原長照機構無法收托，需請假照顧病友，致收入減少。(3)**工作收入受疫情影響之前後差異說明**：

|  |  |
| --- | --- |
| **原工作收入** | **受疫情影響後收入** |
|  |  |

 |
| **(二)家中收入說明（例如：每月薪資、社福補助津貼…）以每個月為單位，請詳實填寫。**薪　資：　　　　　元／月　　　　　　　　　　親戚俸養：　　　　　元／月身障津貼：　　　　元／月　　　　　　　　　　老人年金：　　　　　元／月借　款：　　　　　元／月其他收入：　　　　　元／月(說明：　　　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| **(三)家中支出說明（例如：生活花費、就醫費、保險、貸款…）以每個月為單位，請詳實填寫。**伙食費：　　　　　元／月　　　　　　　　 　教育費：　　　　　元／月水電瓦斯費：　　　元／月　　　　　　　　 　醫療費：　　　　　元／月電信費：　　　　　元／月(手機、網路或市) 　 營養品：　　　　　元／月保險費：　　　　　元／月(勞健保或商業保險) 交通費：　　　　　元／月貸　款：　　　　　元／月(車、房貸或信用卡借款) 房 租：　　　　　元／月其 他：　　　　元／月(說明：　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　) |
| 您好,**依據財團法人法第25條第三項第二款**應主動公開：前一年度之接受補助、捐贈名單清冊及支付獎助、捐贈名單清冊，且僅**公開其補助、捐贈者及受獎助、捐贈者之姓名或名稱及補（獎）助、捐贈金額**。但補助、捐贈者或受獎助、捐贈者事先以書面表示反對，或公開將妨礙或嚴重影響財團法人運作，且經主管機關同意者，不公開之。**本人 □同意 □不同意 以受補助個案之名稱公開徵信，如未勾選者，視為同意。** **✽簽署人: 與個案關係: 日期： 年 月 日** |

**附件資料(為瞭解您的需求以進行補助審查，請提供以下資料。如有任何問題請洽詢主責社工)**

|  |  |
| --- | --- |
| ■戶口名簿影本∕戶籍謄本(必附) | ■佐證資料：(如失業證明、近兩個月薪資證明或工作收入減少事實或長照機構停止服務之證明文件等) (必附)  |
| ■帳戶存摺正面影本(必附) | □相關保險(如勞工保險、國民年金)給付證明影本 |