財團法人罕見疾病基金會

無障礙計程車乘車補助**《申請表》**

申請日期： 補助編號：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病友姓名 |  | | | 出生日期 | |  | | 病友編號 | |  | |
| 疾病名稱 |  | | | 申請人 | |  | | 關係 | |  | |
| 身分證字號 |  | | | E-MAIL | |  | | | | | |
| 聯絡地址  (本人可收到資料的地址) |  | | | | | | | 聯絡電話 | |  | |
| 病友概況 | 一、您目前是否乘坐輪椅或其他行動輔具？  (1)□是 (接下題) (2)□否 (跳第四題)  二、您目前使用？  (1)□普通輪椅 (2)□電動輪椅 (3)□特製推車 (4)□其他：  三、您是否可以自己從輪椅或行動輔具移動到一般座位？  (1)□可　 (2)□否  四、您是否搭乘過無障礙計程車？  (1)□有  (2)□無，原因為何： (2-1)□沒聽過 (2-2)□預約不到車  (2-3)□車資太貴 (2-4)□其他： | | | | | | | | | | |
| **本會審核**  (申請人  請勿填寫) | 社工／承辦人評估**：**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 年度 | 核定額度 | 使用額度 | | 107 |  |  | | 108 |  |  | | 109 |  |  | | 110 |  |  |  1. 是否申請過本會無障礙計程車乘車補助：   □否  □是   1. 主責社工評估：   3、承辦人評估：  □延續舊案予以補助  **評估結果：□核予補助 □不予補助** | | | | | | | | | | |
| 經辦部門 | | 照會部門 | | | | 執行秘書 | | 副執行長 | | 執行長 |
| 承辦人 | 部門主管 | 承辦人 | | 部門主管 | |  | |  | |  |