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2022受疫情影響之補助申請，受理期間為111年4月1日~111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。(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 |