財團法人罕見疾病基金會

114年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 | |  | | | 身分證字號 | |  | | | E-MAIL | |  |
| 申請人 | |  | | | 關係 | |  | | 通知方式 | | | 紙本 兩者皆要  電子檔 |
| 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 (2)□否  二、您目前使用？  (1)□無 (2)□普通輪椅 (3)□電動輪椅 (4)□特製推車 (5)□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) | 社工評估**：**   1. 是否申請過本會無障礙計程車乘車補助：   □是(近3年申請狀況如下表) ⬜否   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 年度 | 核定額度 | 使用額度 | | 111 |  |  | | 112 |  |  | | 113 |  |  |  1. 社工評估： 2. 社工建議：**□核予補助 □不予補助，原因：** | | | | | | | | | | | |
| 主責分會 | | | 照會部門 | | | | 一級主管 | | | 執行長 | |
| 社工 | | 部門主管 | 承辦人 | | 部門主管 | |  | | | ⬜補助  ⬜不予補助 | |