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 |