**專案補助申請單**

**申請日期 年 月 日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **申請項目：**   **照顧人力補助專案：** □ 居家服務 □ 居家護理 □ 家事管理  **一般補助專案：**□ 經濟補助 □ 營養品補助 □ 交通補助 □ 住宿補助 □ 義乳胸衣 | | | | |
| **二、服務對象基本資料** | | | | |
| |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **轉介**  **單位** | □醫院 □社會福利服務中心 □學校 □社福團體 □其他  單位全銜： 轉介人員/職稱： 單位主管： (簽章)  電話： 分機 傳真： MAIL： | | | | | | | | | | | | | | | | 個案基本  資料 | | 個案姓名 |  | | | | 出生日期  (西元年/月/日) | | |  | | 身分證字號 | |  | | | 性 別 | □男 □女 □其他 | | | | | 聯絡地址 |  | | | | | | | | | 電話/手機 | |  | | | 聯絡人姓名 |  | | | | 與個案關係 | | |  | | 電話/手機 | | |  | | 身分類別 | □一般 □原住民 □新住民 □其他 | | | | | | | 保險情況 | | □無 □健保 □公/勞/農保  □商業保險，保險種類：  □其他： | | | | | 教育程度 | □不識字 □小學 □國中 □高中職  □專科 □大學 □研究所以上 | | | | | | | | 婚姻狀況 | **□未婚**(□單身 □同居) **□已婚**(□同住 □分居 □失聯) **□離異 □喪偶**；子女\_\_ 人 | | | | | | | | | | | | | | 居住狀況 | □自宅（貸款：□無 □有：\_\_\_\_\_＿＿元/月）  □租屋（租金\_\_\_\_\_元/月） □借住  □機構安置 □無固定住所 □其他： | | | | | | | | | | | | | | □與家人同住 □獨居 □其他： | | | | | | | | | | | | | | 疾病  狀況 | | 診斷名稱 |  | | 期別 | | | □原位 □Ⅰ □Ⅱ □Ⅲ □Ⅳ(轉移部位： ) | | | | | | | | | 現階段治療 | □初診斷治療  □復發治療  □安寧照護 | | | | | 就診醫院 | | | | | 科別/醫師 | | | | 治療計畫 | □手術治療，手術名稱: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_，手術日期: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  □化學治療，預計治療期間:\_\_\_\_年\_\_\_\_月~ \_\_\_\_年\_\_\_\_月，現治療第\_\_\_\_次  □放射線治療，預計治療期間:\_\_\_\_年\_\_\_\_月~ \_\_\_\_年\_\_\_\_月，現治療第\_\_\_\_次  □標靶治療 □抗荷爾蒙治療 □免疫藥物治療 □其他治療 | | | | | | | | | | | | | | 福利  補助 | | 公部門 | | | | | | | | | 民間單位 | | | | | | □無政府補助  □中低收或低收入戶相關補助  補助金額：  □身心障礙相關補助  補助金額：  □急難救助  核發日期與金額： | | □弱勢兒少  核發期間與金額：  □特殊境遇家庭補助  核發期間與金額：  □學產基金  核發日期與金額：  □其他： | | | | | | | 請詳述民間單位提供的補助項目與金額： | | | | | | 申請事由 | | 請說明遭遇何種困難，需補助單位協助事項： | | 個案就業現況 | | **☐罹癌後維持就業：**☐正職 ☐兼職 ☐臨時工  ※平均月收入 元  **☐罹癌後暫停工作：**☐留職停薪 ☐請假(有薪) ☐離職  ※經濟來源，說明：  **☐罹癌前已無工作：**☐退休或年邁無業 ☐無工作技能  ☐無工作意願 ☐缺乏工作機會  ☐其他(如家管、照顧家人、學生等)：  ※經濟來源，說明： | | | | | | | | | | | 家庭概況 | | 請說明家庭成員的基本資訊，包含家人的經濟狀況： | | | | | | | 家系  圖 | | 請畫三代 | | | | | | | | | |
| **三、申請照顧人力支持專案(居家照顧、居家護理、家事管理)，請續完成下表。** | | | | |
| 身高體重 | | 身高： \_\_\_\_\_公分；體重： \_\_\_\_\_\_公斤；BMI: \_\_\_\_\_\_ | | |
| 日常生活功能 | | □正常 □需要他人幫忙 □需要輔助工具□無法自行行動  □身心障礙：障礙別\_\_\_\_\_\_ 程度：□輕 □中 □重度 □極重度 | | |
| 溝通能力 | | □正常 □需要他人幫忙 | 語言 | □國語□台語□客語□其他 |
| 服務對象需求表達 | 居家照顧 | **家務服務**：□洗衣 □起居空間環境清潔 □備餐服務 □陪同就醫 □文書服務  □代購生活必需品 □其他  **身體照顧服務**：□協助如廁 □沐浴 □穿換衣服 □口腔清潔 □進食 □用藥  □翻身拍背 □簡易肢體關節活動 □上下床 □陪同運動 □協助使用輔具  □其他 | | |
| 居家護理 | □更換鼻胃管：□每二週一次 □每月一次 □其他：  □更換尿管：□每二週一次 □每月一次 □其他：  □更換氣切管：□每二週一次 □每月一次 □其他：  □傷口護理：□每二週一次 □每月一次 □其他：  □照顧技巧指導。  □其他： | | |
| 家事管理 | □清掃服務 （限雙北地區） | | |

備註

癌症希望基金會專案補助申請條件說明：

1. 急難救助、營養品、照顧支持人力三項補助，**不限**中低收/低收入戶身份即可提出申請。
2. 義乳胸衣、就醫交通、希望驛站三項補助，**限**中低收/低收入戶身份申請。
3. 就醫交通補助需達每月至少2次回院需求，不限檢查/治療/門診。
4. 希望驛站補助限需進行放射治療之癌友。
5. 照顧人力補助，限治療中、或治療後致使生活自理功能受限之病友。通過後由癌症希望基金會媒合照顧服務單位提供服務。服務區域：台北市、新北市、彰化縣。

應附文件

* 補助申請單(附件一)
* 個人資料同意書(附件二)。
* 近三個月內之「罹癌診斷證明書｣正本或影本。

※申請義乳胸衣補助，醫師囑言欄位須有「乳癌經全乳房切除｣字樣。

※申請希望驛站補助，醫師囑言欄位需有放射線治療起訖日期、每週幾次、共幾次之說明字樣。

* 近三個月內之同住全戶人口戶籍謄本詳盡版正本或影本。
* 近一年同住全戶人口完稅之綜合所得各類所得資料清單及財產歸屬資料。

(兩項皆須檢附，可於任一國税分局、稽徵所申請;低收/中低收則免)。

* 相關特殊身份證明文件，無則免附。(如：低收/中低收、弱勢兒少核定公文、身障手冊、清寒證明文件、特殊境遇家庭核定公文、相關欠費明細...等)。
* 申請營養品補助，需檢附營養評估單(附件三)。