

# 許崑泰社會福利公益信託

社服高級專員:何稼鈴

信箱:ling0970272757@gmail.com

手機:0970272757

## 本 旨: 弱 勢 助 學

為擴大協助弱勢學生順利就學，本公司能提供就學補助讓弱勢家庭中的孩童能享有無憂的就學環境及心情，本公司自 105 學年度起辦理「弱勢學生助學計畫」原(宏匯集團)。現已向衛福部申請【許崑泰社會福利公益信託】【宏匯集團社會福利公益信託】實施 措施包含助學金、生活助學金、等費用提供補助。分述如下：

一、生活助學金：針對家庭年所得 30 萬元以下之學生，依據其就讀學校之公私立別及家庭年所得，提供新臺幣 2,000 元至 30,000 元不等之助學金，以減輕學生學雜費之負擔。

說 明：本公司宗旨在幫助社會弱勢族群孩童就學補助。

一、當貧困家庭遭逢重大變故，致使陷入經濟困境，使其不能正常生活，本公司願協助提供急難救助包括：教育，醫療、生活之所需，其能以最快速度給予遭逢變故的家庭給予及時的協助與關懷，協助弱勢家庭，提供生活費、健保費、子女教育學習費...等各項補助，改善弱勢家庭生活困境，提供必要之協助，縮短弱勢家庭兒童少年與一般家庭學習資源的落差。

二、經轉介或需向本公司申請的案家，本公司會後需安排家訪以表關心，並於次月撥放補助款項。款項將會匯入校方帳戶再請付上學校帳戶資料，謝謝

三、轉介時請檢附 貴單位之評估表訪視狀況、案主之家庭關係、目前困難狀況、貴單位建議協助內容等連同本公司的申請表格及需檢附之證明文件(1.全戶戶籍謄本 2.財稅 3.主要家計者及申請者之存款簿內頁交易明細半年內交易明細 4.學校帳戶)掃描好 email 寄至本公司，款項將會入到校方帳戶。再由校方開立捐款收據 收據抬頭:許崑泰 本公司收件後會盡速處理。

四:轉寄方式:轉介單填寫完畢後以掃描 email 方式呈送轉介單及附件資料，並依案家狀況付上相關資料，若有轉介方面疑問可直接撥打手機詢問:何小姐 0970272757

聯絡方式:

公司名稱: 宏匯集團 許崑泰社會福利公益信託 宏匯社會福利公益信託

姓名:何稼鈴

電話:0970272757

Email:ling0970272757@gmail.com

因長時間外訪聯絡請撥打手機，或是 email 謝謝



董事長 許 崑 泰

擬公告於本縣教育資訊網。

輔導員羅源祥  
06091120

06091550

依規定辦理  
餘如擬。

學生事務處 本育珊

代為執行

## 宏匯社會福利公益信託

## 許崑泰社會福利公益信託

| 學校帳戶資料        |  |
|---------------|--|
| 學校名稱：<br>(全銜) |  |
| 學校匯款戶名：       |  |
| 匯款銀行：         |  |
| 分 行：          |  |
| 解款行庫代號：       |  |
| 帳 號：          |  |
| 統一編號：         |  |
| 學校地址：         |  |
| 聯絡單位/聯絡人：     |  |
| 電 話：          |  |
| Email：        |  |
| 傳 真：          |  |

\*若帳戶或聯絡人等資料異動，請立即告知並將更正資料 Email，謝謝

許崑泰社會福利公益信託

承辦人:何稼鈴 電話:0970272757

Email:ling0970272757@gmail.com

# 個案轉介申請表

申請項目：☐家庭急難濟助 ☐學生急難濟助 ☐醫療急難濟助

編號：

|                                                                                                  |                                                                                                                                                                               |    |                                                       |            |          |                                                       |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------------------------------------------|------------|----------|-------------------------------------------------------|-----------------|
| 案主姓名                                                                                             |                                                                                                                                                                               | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 職業<br>科系年級 |          | 出生年月日                                                 | 年 月 日           |
| 身 份 別                                                                                            | <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 新移民之子女 <input type="checkbox"/> 身障者 <input type="checkbox"/> 其他 |    |                                                       |            |          | 身分證字號                                                 |                 |
| 聯絡地址                                                                                             |                                                                                                                                                                               |    |                                                       |            | 個人<br>存摺 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 否 | 聯絡電話<br>手 機 號 碼 |
| 本人已詳閱相關辦法，同意提供個人資料、家庭成員概況並同意「許崑泰社會服務濟助」與第三方查詢，供審核使用。<br>※依個資法第九條「免告知義務」<br>但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。 |                                                                                                                                                                               |    |                                                       |            |          |                                                       |                 |
| 案主簽章： (必填) 法定代理人： (與案主關係： )<br>主管/承辦人： ____年__月__日                                               |                                                                                                                                                                               |    |                                                       |            |          |                                                       |                 |

|            |     |  |       |  |                     |       |
|------------|-----|--|-------|--|---------------------|-------|
| 轉 介<br>單 位 | 名 稱 |  | 轉 介 人 |  | 轉 介 人 電 話<br>Email: |       |
|            | 住 址 |  |       |  | 訪 視 日 期             | 年 月 日 |

|     |                                                  |
|-----|--------------------------------------------------|
| 說明： | 請敘述家庭背景、成員及主要經濟來源狀況、急難原因及需求....等(如填寫不下可另外寫在一張紙上) |
|     |                                                  |

## 家 庭 所 有 成 員 狀 況

| 稱謂 | 姓 名 | 年 齡 | 存/歿<br>健康狀況 | 就業、收入情形<br>或就讀學校年級 | 稱謂 | 姓 名 | 年 齡 | 存/歿<br>健康狀況 | 就業、收入情形<br>或就讀學校年級 |
|----|-----|-----|-------------|--------------------|----|-----|-----|-------------|--------------------|
| 案主 |     |     |             |                    |    |     |     |             |                    |
|    |     |     |             |                    |    |     |     |             |                    |
|    |     |     |             |                    |    |     |     |             |                    |
|    |     |     |             |                    |    |     |     |             |                    |
|    |     |     |             |                    |    |     |     |             |                    |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家庭經濟狀況                      | 全戶總人口數：____人，工作人口數：____人，就學人口數：____人                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 保險別(可複選)                    | <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 國保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 眷保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                           |
| 福利資源現況<br>中/低收入戶<br>____類/款 | <input type="checkbox"/> 低收家庭生活補助 <input type="checkbox"/> 婦女緊急生活扶助 <input type="checkbox"/> 學校仁愛基金補助 <input type="checkbox"/> 急難紓困<br><input type="checkbox"/> 低收就學生活補助 <input type="checkbox"/> 老人生活津貼 <input type="checkbox"/> 學產基金急難救助 <input type="checkbox"/> 公所急難救助<br><input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助 <input type="checkbox"/> 兒少生活扶助 <input type="checkbox"/> 教育部助學金補助 <input type="checkbox"/> 醫院補助金額：_____<br><input type="checkbox"/> 其他(含已轉介單位)：_____ |
| 主要負擔家計者                     | <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 服刑 <input type="checkbox"/> 重大傷病患者 <input type="checkbox"/> 失業達半年以上 <input type="checkbox"/> 其他_____                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| 檢 附 文 件                     | <input type="checkbox"/> 近三個月內全戶戶籍謄本(需有記事欄) <input type="checkbox"/> 低收入戶或清寒證明 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本<br><input type="checkbox"/> 重大傷病卡 <input type="checkbox"/> 診斷證明 <input type="checkbox"/> 死亡證明 <input type="checkbox"/> 醫療或喪葬單據影本 <input type="checkbox"/> 其他：_____                                                                                                                                                                                  |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                    |              |              |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|
| 轉介單位<br>建議 | 濟助項目： <input type="checkbox"/> 醫療費 <input type="checkbox"/> 急難金 <input type="checkbox"/> 交通費 <input type="checkbox"/> 健保費<br><input type="checkbox"/> 生活助學金 <input type="checkbox"/> 助學金 <input type="checkbox"/> 營養午餐 <input type="checkbox"/> 其他 | 單位主管<br>(簽章) | 轉介人員<br>(簽章) |
|            | 2. 濟助金額 _____元                                                                                                                                                                                                                                     |              |              |

註：1.本表需由社會局、社會課、醫院社工室、各慈善社福機構專業社工人員，或學校單位填寫。(收件編號由本法人填寫) 107099 修訂  
 2.個案經主辦單位審查通過後通知轉介單位，轉介申請表及附件恕不退還(將尊重個人機密予以嚴格保密)。