

泓陞慈善基金

105 年兒童罕見疾病家庭急難救助金申請簡章

- 一、代辦單位：國泰世華銀行文化慈善基金會
- 二、承辦單位：台北市身心障礙服務推展協會
- 三、依據：本案依據 96.6.25 國泰世華銀行文化慈善基金會，國世基金會字第 0960000055 號函辦理之。
- 四、前言：由善心人林玉華女士捐款，設置「泓陞慈善基金」特由國泰世華銀行委託本會承辦兒童罕見疾病家庭急難救助金，濟助台北縣、台北市之兒童罕見疾病家庭每年各五名，共十名，每名壹萬元整，協助確切需要幫助的家庭，以達「救急不救窮」、「幼吾幼以及人之幼」之精神。
- 五、申請日期：即日起至 105 年 9 月 21 日止受理申請並以網路公告及發文至教育局、社會局函轉各所屬之學校及社福相關團體告知。
- 六、申請資格：凡台北市、新北市之國小(以下)兒童罕見疾病家庭。
 - 1、兒童本身需為患有罕見疾病(請參考公告罕見疾病名單暨 ICD-10-CM 編碼一覽表 2016 年 7 月 28 日更新)
<http://www.hpa.gov.tw/Bhpnet/Portal/File/ThemeDocFile/201607280348105220/105.7.28公告罕見疾病名單暨ICD10.pdf>。
 - 2、經政府核為低收入之家庭優先。
 - 3、家境清寒(突遭變故、家長非自願性失業)要提出事實證明文件，讓急難救助金可以適時發揮。
 - 4、未領取過本案者為優先。
- 七、申請辦法：
 1. 填寫申請表乙份。
 2. 附註證明文件：
 - (1) 低收入戶證明影本
 - (2) 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本
*倘無身心障礙手冊者，可於事後補寄，請案主向政府申請以裨政府了解身心障礙人口數，並享應有之福利。
 - (3) 全戶戶口謄本乙份
 - (4) 罕見疾病證明文件
 - (5) 急難救助事實證明文件一份
- 八、審核方法：推薦人填寫罕見疾病家庭急難救助申請書並備急難證明文件，提供本會審核後，再轉予國泰世華銀行文化慈善基金會定案。
 - 1、本案審查後將正本給予國泰世華銀行文化慈善基金會建檔。
 - 2、發放時間：待國泰世華銀行文化慈善基金會審查定案後，本會再行通知通過補助之受助人。若案主無異議，本會再拍照建檔。
- 九、備註：
 1. 申請資料恕不退件，若未備齊者，恕不另行通知及受理。另申請案件過多，倘無通過者恕本會無法一一通知，請見諒！
 2. 為尊重學生個人隱私，屆時得獎學生名單，暫不公佈於任何公開資料上。(若姓名可公開者也請於表格內註明)
 3. 申請資料請寄 10873 台北市萬華區萬大路 437 號 3 樓
台北市身心障礙服務推展協會收。
電話(02)2305-5423 執行秘書:蔡瓊瑤
 4. 若有任何疑問歡迎來電詢問或來信或寄
E-mail: srvheart@seed.net.tw
- 十、其他：本會另代辦泓陞慈善基金之 104 學年腦性麻痺獎助學金、104 學年均達慈善基金身心障礙者獎助學金，若有需要者可洽本會。

※可至本會網頁下載簡章、申請表~<http://www.serviceheart.org.tw>

國泰世華銀行文化慈善基金會 代辦
台北市身心障礙服務推展協會 承辦

泓陞慈善基金申請表
(兒童罕見疾病家庭急難救助金)

◎是否願意收到本會各項活動訊息? ☐是 ☐否 *請配合勾選

編號	本欄勿填		申請日	105 年	月	日	校名				
填寫人資料(請完整填寫)	姓名		性別		學生資料(請完整填寫)			姓名		性別	
	與學生關係							身份證字號		姓名是否公開? ☐ 是 ☐ 否	
	聯絡電話	日:						出生年月日		照片是否公開? ☐ 是 ☐ 否	
	【一定要留哦】	夜:						家長姓名			
		行動:						聯絡電話	夜:		
	聯絡地址	□□□□□							日:		
	E-MAIL								行動:		
	老師姓名			(一定要填寫)				聯絡地址	□□□□□		
老師聯絡電話			(一定要填寫)	E-MAIL							

家庭收入情形	每月	元	罕見疾病名稱	
--------	----	---	--------	--

曾否接受其它性質救助金: ☐有, 單位: _____ 金額: _____ 元 ☐無

兒童情況簡述: (務必填寫, 若無任何描述則以其他申請案件為優先; 若不敷使用, 請另以 A4 規格填寫)

附件: ☐低收入證明文件 ☐身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 ☐戶籍謄本
☐急難救助文件(簡述急難情況, 並請老師證明之) ☐兒童罕見疾病證明文件
☐其他 → 共 份

※以下由審查機關填寫, 申請人勿填:

台北市身心障礙服務推展協會		國泰世華銀行文化慈善基金會	
通過	不通過	通過	不通過

核准日: 105 年	月	日	發予日: 105 年	月	日	收據號:
------------	---	---	------------	---	---	------

備註: 1. 申請資格: 設籍台北市、新北市之國小或同年齡以下罕見疾病之兒童(具低收入戶者優先)
 2. 申請資料恕不退件, 若未備齊者, 恕不通知及受理。相關資料彙整後請寄本會:
 10873 台北市萬大路 437 號 3 樓, 台北市身心障礙服務推展協會收
 本會聯絡電話: (02)2305-5423 聯絡人: 執行秘書蔡瓊瑤

本申請案件受理於即日起至 105 年 9 月 21 日止, 逾期不再受理。若有任何疑問請來電詢問。