

個案姓名：

受理單位電話：03-9328822 轉 346-350, 352-353, 340 傳真：03-9326263

地址：260 宜蘭市同慶街 95 號 社會處 社會救助科

說明：

一、轉介個案需符合下列標準之一，並已告知其檢附戶口名簿至戶籍所在地鄉鎮市公所申辦社會救助。（請先檢視「轉介者已提供服務」欄位。）

(一) 每人每月收入低於 21,345 元。（請先檢視「轉介單位檢測」欄位。）

(二) 三個月內發生重大變故非經社會救助無法維持生活。（請先檢視「轉介單位檢測」欄位。）

二、請注意資料正確性，詳細查填以下相關資料，「\*」必填欄位，應避免有漏填或空白欄位。

三、如有緊急個案需社會處配合處置，應合併以電話方式轉介，以利優先處理。

### 宜蘭縣政府社會救助通報表

受理編號：

個案姓名 1	*							性別*	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女					
出生日期*	民國 年 月 日							聯絡電話*	(宅)					
身分證號*									(手機)					
聯絡地址	(戶籍地)													
	(通訊地)*											<input type="checkbox"/> 同戶籍地址		
家庭人口*	稱謂 2	姓名	年齡	健康情形 3	職業	每月收入 4	備註	稱謂	姓名	年齡	健康情形	職業	每月收入	備註
	個案			<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 疾病							<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 疾病			
				<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 疾病							<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 疾病			
				<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 疾病							<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 疾病			
				<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 疾病							<input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 疾病			
家況摘述*5	(含成員概況、居住環境、現有資源 6 及主訴需求)													
轉介單位檢測*	1. <input type="checkbox"/> 經計算，平均每人每月收入低於最低生活費 1.5 倍(21,345 元) 7。 2. 重大變故非經社會救助無法維持生活：(勾選者須於上「家況摘述」補述) <input type="checkbox"/> 戶內人口死亡無力殮葬。 <input type="checkbox"/> 遭受意外傷害或重傷病。 <input type="checkbox"/> 負主要生計者因失業、失蹤、服役、服刑等原因無法工作。 <input type="checkbox"/> 財產或存款帳戶因遭強制執行、凍結未能及時運用。 <input type="checkbox"/> 其他遭遇重大變故(請說明)：													
轉介救助項目*	<input type="checkbox"/> 一次性經濟救助 <input type="checkbox"/> 其他：													

個案姓名：

目前領取 補助項目 8	一、 <input type="checkbox"/> 低收入戶，每月生活扶助費共 元。 <input type="checkbox"/> 中低收入戶； <input type="checkbox"/> 中低收入老人生活津貼，每月共 元。
	二、 <input type="checkbox"/> 身心障礙生活補助費每月 每月 元。 <input type="checkbox"/> 特境家庭每月 元； <input type="checkbox"/> 中低兒少生活扶助 元。
	三、 <input type="checkbox"/> 核發醫療補助 元/看護補助 元
	四、 <input type="checkbox"/> 縣政府/公所核發急難救助 元； <input type="checkbox"/> 民間社會資源救助 元。
	五、 <input type="checkbox"/> 國民年金(含敬老津貼) 每月 元； <input type="checkbox"/> 老農(漁)津貼每月 元； <input type="checkbox"/> 租屋補助每月 元 <input type="checkbox"/> 榮民院外就養金每月 元； <input type="checkbox"/> 失業給付每月 元，領取年月： ；月退金 每月 元， 起領年月： 。
	<input type="checkbox"/> 社會保險/職業保險/商業保險(2年內)之住院醫療或傷殘死亡給付 元，未獲理賠原因： 。
	六、其他 補助： 元
轉介者已 提供服務	<input type="checkbox"/> 已告知其檢附戶口名簿至戶籍所在地鄉鎮市公所申辦社會救助*。 <input type="checkbox"/> 已提供一次性經濟救助， 元。 <input type="checkbox"/> 其他： 。

通報單位資料\*

單位名稱	承辦人(簽章)
聯絡電話	傳真電話
E-mail	
單位地址	
填表日期	年 月 日 單位主管(簽章)

— 回 覆 單 —

宜蘭縣政府受理後處理情形：		主責人員：	
<input type="checkbox"/> 開案處理。處理情形：		，受理轉介單位：	
<input type="checkbox"/> 轉介其他福利方案，處理情形：			
<input type="checkbox"/> 未開案：			
<input type="checkbox"/> 資料不足，無法評估收案與否。	<input type="checkbox"/> 個案失聯，請確認行蹤後再轉介。		
<input type="checkbox"/> 聯絡資料錯誤，請確認並更正後再轉介。	<input type="checkbox"/> 個案主要訴求非社政機關(構)之服務項目。		
<input type="checkbox"/> 不符轉介標準，請 貴機關(構)持續關懷，必要時再轉介。			
<input type="checkbox"/> 其他：			
主責人員	聯絡電話		
	傳真電話		
科長	回覆日期	年 月 日	

【填表說明】

- ◎ 1. 個案姓名：被通報需救助者稱“個案”。
- ◎ 2. 稱謂：指相對於「個案」之稱呼，如個案之「妻」、「長子」等。
- ◎ 3. 健康情形：「身心障礙者」或其他疾病者勾選使用。
- ◎ 4. 每月收入：含工作收入、領取補助收入或其他收入。
- ◎ 5. 家況概述：社福慈善機構者(或編制有社工員者)，請再加入家系圖。
- ◎ 6. 現有資源：含自有工作或營利收入、政府補助、民間救助、親屬照顧等。
- ◎ 7. 最低生活費1.5倍(112年為21,345元)：係指每月總收入平均除以全家人口後所得之金額是否低於前開標準。
- ◎ 8. 目前領取補助項目：請參考附件說明。