



泓陞慈善基金

106 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 106 年 9 月 22 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(請至衛生福利部國民健康署網頁查詢https://gene.hpa.gov.tw/index.php?mo=DiseasePaper&action=paper1_new2)
 - 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 105 學年腦性麻痺獎助學金、105 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)

編號	本欄勿填		申請日	106年	月	日	校名			
填寫人資料 (請完整填寫)	姓名			性別			姓名			
	與學生關係						身份證字號	姓名是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
	聯絡電話 【一定要留哦】	日:				出生年月日			照片是否公開? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
		夜:				家長姓名				
		行動:				聯絡電話			夜: 日: 行動:	
	聯絡地址	□□□□□					聯絡地址	□□□□□		
	E-MAIL						E-MAIL			
	老師姓名			(一定要填寫)						
老師聯絡電話			(一定要填寫)							
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： <input type="checkbox"/> 有，單位：_____金額：_____元 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> 低收入證明文件 <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊(身心障礙證明)正、反面影本 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本 <input type="checkbox"/> 急難救助文件(簡述急難情況，並請老師證明之) <input type="checkbox"/> 兒童罕見疾病證明文件 <input type="checkbox"/> 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			
核准日期：106年			月	日	發予日：106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106年9月22日止，逾期不再受理。若有任何疑問請來電詢問。