

# 社團法人中華民國薄荷關懷協會 個案協助通報單

通報日期：      年      月      日

一、通報單位資料 (※自行通報者本欄位免填)			
單位名稱		承辦人/職稱	
電話	(      )	傳真	(      )
二、個案基本資料			
個案姓名		生日	民國    年    月    日
身分證字號		性別	
電話		手機	
現居地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣(市)	鄉(鎮、市、區)	村(里)      鄰
	路(街)      段	巷      弄	號      樓      室
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 其他		
屋舍狀況	<input type="checkbox"/> 有自宅 (○無貸款 ○尚有貸款_____元/月) <input type="checkbox"/> 借居_____		
	<input type="checkbox"/> 租屋(每月租金_____元) <input type="checkbox"/> 無固定居所 <input type="checkbox"/> 其他, 請說明: _____		
社福類別 (可複選)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 列冊低收入戶(第_____類/款) <input type="checkbox"/> 領有身心障礙手冊或證明(_____障, 程度: ○輕度○中度○重度○極重度) <input type="checkbox"/> 領有重大傷病證明(病名: _____) <input type="checkbox"/> 其他, 請說明: _____		
經濟來源 (可複選)	<input type="checkbox"/> 有工作 (○固定, 每月薪資約_____元; ○臨時性, 每月薪資約_____元) <input type="checkbox"/> 領取補助(○政府補助, 每月約_____元; ○民間慈善補助, 每月約_____元) <input type="checkbox"/> 親友支持或奉養 <input type="checkbox"/> 其他, 請說明: _____		
三、個案家庭概況			
家居狀況	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住(同住共_____人) <input type="checkbox"/> 入住機構(稱: _____) <input type="checkbox"/> 無固定居所 <input type="checkbox"/> 其他, 請說明: _____		

■ 需附文件:

1. 戶口名簿/戶籍謄本【二擇一】。 2. 當年度低收入戶證明。

■ 辦事處地址：基隆市中正區義一路 87 號 7 樓之 2。

■ 個案通報專線:(02)2428-0913

■ gmail:pca520food@gmail.com

\* 【填寫以上內容完畢，請寄發紙本至協會或使用電子信箱寄發個案資料檔案】