

	每月總支出：_____元			
急難狀況(請推薦機關詳述)	請說明所有家庭成員現況、經濟來源、發生急難原因與目前遭遇的困境			
	承辦人員		簽章	推薦機關 公印
	電 話			
機關主管		簽章		
	縣(市)			
基金會審核結果	<input type="checkbox"/> 符合： <input type="checkbox"/> 未符合(退件辦理)：			
急難救助申請文件	文件不齊全者，將待補件後處理： ● 申請醫療救助者請附(限事實發生六個月內)： 1.申請書、2.全戶戶籍謄本、3.推薦機關函、4.個資同意書 5.公私立醫院之住院診斷證明書正本(需另檢附醫療費用收據，健保欠費證明)、 6.(中)低收入戶證明正本、或清寒證明正本(需另檢附全戶最新年度國稅局所得資料及財產清冊資料清單)			
	● 申請天然災害救助者(限事實發生三個月內)，除附上述文件1、2、3、4、6外，請再附： 需要急難救助相關證明文件(如風災、水災等)正本及照片。 ● 申請喪葬補助者(限事實發生六個月內)，除附上述文件1、2、3、4、6外，請再附： 死亡證明書正本、葬儀社收據或證明喪葬費用文件(未出殯前可先附估價單)			
	其他可證明文件：如重大傷病卡影本、身心障礙手冊影本、學生證..等			
備註	1.急難狀況務必詳細填寫清楚。 2.推薦機關及機關主管請蓋公印並正楷簽名。 3.洽詢電話：(06) 253-6789轉6616業務經辦蔡小姐			

財團法人感恩聖仁社會福利慈善基金會
蒐集個人資料告知事項與書面同意書

依據《個人資料保護法》等相關規定，以下告知事項請臺端詳閱：

一、告知事項：

1. 蒐集個人資料單位：財團法人感恩聖仁社會福利慈善基金會(以下簡稱本會)。
2. 蒐集之目的：急難救助給付行政。
3. 個人資料之類別：包括個人資料中之識別類(姓名、住址、工作地址...)、特徵類(年齡、性別、出生年月日...)、家庭情形、社會情況、健康與其他(推薦單位會就親屬關係或就業或治療情形簡述等等...)說明，以利本會審核是否構成急難救助金或轉換同等值物資發放條件判斷。
4. 個人資料利用之期間：自臺端參加急難救助金申請活動之日起，至申請核發金收到款項後三年內。
5. 個人資料利用之地區：本會運用範圍，僅限於臺灣、金門、澎湖、馬祖等地區利用，且不會移轉至其他境外地區利用。
6. 個人資料利用之對象及方式：由本會該業務承辦人員於辦理該活動之特定目的必要範圍內，依通常作業所必要之方式利用此個人資料。
7. 依個人資料保護法第三條規定臺端得行使之權利及方式：臺端得向本會承辦該項業務單位財團法人感恩聖仁社會福利慈善基金會提出申請，以查詢、閱覽、製給複製本；或補充／更正、請求停止蒐集、處理、利用或刪除個人資料內容之一部份或全部。(註：參加人申請查詢、閱覽、製給複製本時，將酌收必要成本費用。)

二、台端填寫個人資料後，以任何方式遞送至本會收執時，均視為臺端已同意其所填寫之個人資料，供本會於辦理急難救助或轉換同等值物資發放活動之特定目的必要範圍內處理及利用；此外，臺端可自行決定是否填寫相關之個人資料欄位，若臺端選擇不願填寫，將無法參加本次活動所提供之相關後續服務。

三、個人資料安全措施：本會將依據相關法令之規定建構完善措施，保障臺端個人資料之安全，敬請協助配合，謝謝。

* 以上內容，本人已閱讀完畢 *

同意

不同意

(上述同意或不同意請務必表示意見)

請簽名或本人用印



中華民國

年

月

日

