

臺中市社會救助需求通報表

編號：

依據：社會救助法第 9-1 條第一項及第二項「教育人員、保育人員、社會工作人員、醫事人員、村（里）幹事、警察人員因執行業務知悉有社會救助需要之個人或家庭時，應通報直轄市、縣（市）主管機關。直轄市、縣（市）主管機關於知悉或接獲前項通報後，應派員調查，依法給予必要救助。」

個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期		聯絡電話	市內：
身分證號			手機：
聯絡地址	戶籍地： 居住地： <input type="checkbox"/>同戶籍地		
家庭狀況概述			
目前領取之社會福利補助、金額或資源			
通報人初步需求評估(可複選)	<input type="checkbox"/> 馬上關懷、市急難救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 生活扶助 <input type="checkbox"/> 實(食)物給付 <input type="checkbox"/> 其他 _____		
通報單位資料			
單位名稱		通報日期	
聯絡電話		傳真電話	
Email Add.			
單位地址			
承辦人員(職稱)		單位主管核章	

-----回-----覆-----單-----

受通報單位			
處理過程及回覆(含通報單位及受通報人)紀錄：請敘明處理時間/聯繫對象/過程			
1. 處理結果： <input type="checkbox"/> 符合補助資格，符合項目： _____ <input type="checkbox"/> 不符合(轉介其他福利方案)方案名稱： _____，受理轉介單位： _____ <input type="checkbox"/> 不符合(無需提供服務)，原因： _____ <input type="checkbox"/> 不符合(其他)說明： _____			
2. 本案已回覆受通報人處理結果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
聯絡人(職稱)		聯絡電話	
單位主管核章		傳真電話	

回覆日期： 年 月 日