

財團法人育田社會福利慈善基金會 函

聯絡地址：33376 桃園市龜山區文東五街
37 巷 37 號 2 樓

聯絡人：王巧涵

聯絡電話：03-328-5188 分機 114

傳真電話：03-328-7258

E-mail：catherine@mercyland.org.tw

受文者：花蓮縣衛生局

發文日期：中華民國 112 年 12 月 26 日

發文字號：育字第 11211027 號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：普通

附件：如說明三

主旨：檢送本會辦理「癌友家庭扶助辦法」，敬請 轉知長期照顧管理中心，或是相關業務承辦窗口，協助經濟困難且符合本會扶助資格民眾申請，請 查照。

說明：

- 一、本會為關懷家中主要經濟來源者因罹患癌症正在治療或已屆安寧照護，導致家庭收入減少、開銷增加；或因腫瘤影響導致吞嚥與進食困難，產生營養品需求，為使癌友家庭能緩解經濟壓力，與獲得良好營養補給，於 113 年度辦理「癌友家庭扶助辦法」。
- 二、本扶助申請資格及方式，請參照本會扶助辦法，敬請 轉知貴單位長期照顧管理中心，或是相關承辦人員，協助轉介符合資格個案，視需求可先來電諮詢及討論個案狀況。
- 三、檢附扶助辦法、轉介表各乙份，前述表單亦可於本會官網 https://www.mercyland.org.tw/?page_id=563 下載使用。

正本：花蓮縣衛生局等 31 個單位

副本：本會

董事長 杜秀姬

花衛

113/01/08



HA1130000993



癌友家庭扶助辦法

113.1.1 公告實施

壹、目的

當罹患癌症時，癌友將同時面臨治療、工作、經濟等問題，因無法工作導致收入短缺；房租、就醫交通、孝親與教養等必要支出造成的經濟壓力；因腫瘤影響或治療副作用導致吞嚥與進食困難，面臨營養不良嚴重問題。為使癌症病友能夠緩解經濟困難，與獲得良好營養補給，育田基金會施行「**癌友家庭扶助**」，提供經濟與營養品協助。

貳、補助對象

- 一、**癌症病友**：罹患癌症，初診或復發 6 個月內，持續接受手術、放療、化療等積極治療行為；或是已接受安寧照護者 6 個月內者。
- 二、**經濟弱勢**：因罹癌致使家庭生活陷入困境，罹癌者為家中**主要經濟來源者**；或因罹癌導致家庭有收入減少情形，經濟弱勢條件如下：
 1. 癌友具有低收、中低收入戶資格。
 2. 若無低收、中低收身分者，則家庭實際支出需大於實際收入，且家庭動產不得超過 14 萬元，若擁有房屋僅限一棟自住需求。
- 三、**營養品**：須以半流質、流質飲食，或是置有管路灌食之癌友。
- 四、以**無領有其他長期社福資源者為優先補助對象**，如：公部門、其他社福單位補助，若已領有其他社福資源者，將視其補助金額，調整本會補助內容。
- 五、**已入住機構、已申請看護或已死亡者**，非本會補助對象。

參、補助項目

一、經濟協助

經本會社工以治療期程、經濟條件等因素進行綜合評估後，實有經濟困難者，提供經濟協助，補助額度由本會評估，將以單次或是分次補助，每名癌友每年補助至多新台幣三萬元為限。

二、營養品補助

將視癌友實際營養品需求狀況，提供癌友營養品補助，補助數量與時程，將由本會社工評估後核發，補助上限每月至多提供八箱、每年至多提供三個月。

三、每位癌友當年度僅能申請一次補助，每戶案家(三等親內)最多補助兩名癌友。

四、本會不予補助醫療費、養護機構費、看護費、輔具支出費用等。

肆、補助申請期間：自 113 年 1 月 1 日起至 113 年 11 月 30 日（將視實際情況，提前截止日期）

伍、實施範圍：全國含離島各地區。

陸、轉介方式：

透過下列各單位專業人員評估後，填妥「本會轉介表」，經當事者同意簽名後，將轉介表與相關證明文件，以傳真、郵寄方式轉介，並來電確認文件是否已寄達；轉介單位社工，若無開案協助癌友者，本會恕不接受轉介。

- 一、 癌友就醫之醫院社工、癌症資源中心專業人員
- 二、 實際居住地之政府社會局處及所屬福利服務中心¹社工人員
- 三、 社福團體社工人員
- 四、 不開放民眾自行申請

聯絡資訊

連絡電話：03-328-5188#114、116；傳真電話：03-328-7258

郵寄地址：33376 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 育田基金會

(請將轉介單寄至桃園總會，爾後將由社工聯繫評估)

柒、轉介表單下載 https://www.mercyland.org.tw/?page_id=563

捌、轉介注意事項：

- 一、 檢附文件(可附影本)：(1)本會轉介表(2)近三個月內之全戶人口戶籍謄本或戶口名簿影本(3)近一年全戶人口完稅之綜合所得各類所得資料清單及財產歸屬資料或低收入/中低收入證明(低收入證明與財稅證明二擇一)(4)癌症醫療診斷證明書(5)營養需求說明(6)其他相關證明文件:政府補助核定公文(ex.急難救助、弱勢兒少)、身障證明影本等(7)免附死亡證明書或醫療費用收據
- 二、 本會社工評估時會視文件中訊息提供完整度進行電訪或實地家訪、院訪，倘若無法配合訪視者恐無法核予補助。
- 三、 若近期已接受或當月同步申請其他社福單位補助，本會可依申請者實際生活情形，及已接受之資源情形，評估調整補助額度或是暫緩補助。
- 四、 本會以轉帳方式撥付補助款項，故通過補助後需提供郵局或華南銀行存摺封面影本，申請時請註明是否有帳戶凍結、強制扣款情形。
- 五、 轉介表需經癌友或其家屬簽名確認，若因故無法簽名時，請轉介人員於轉介單表中備註原因。

福利服務中心泛指：家庭福利服務中心、社會福利服務中心、單親、老人、身心障礙、少年；早療及新移民福利服務中心，以及各項政府委辦福利服務方案之委辦社福團體 ex. 家暴、高風險…等

已 取 得 資 源 協 助 情 形	二、 保險給付： <input type="checkbox"/> 公/勞/農/漁保給付 <input type="checkbox"/> 商業保險_____ <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無 各項保險給付補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：		
	三、 民間社福/慈善單位協助內容說明(請詳述民間單位提供的補助項目、時程、金額或內容： (例如：癌症希望基金會、陽光基金會…等) 四、 親屬協助概況		
疾 病 治 療 與 營 養 情 形	一、 本次治療內容及相關醫療支出情形： ※確診日期：____年__月__日 ※復發日期：____年__月__日 ※ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無自費藥物 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無手術，手術名稱：_____ 手術日期：____年__月__日 <input type="checkbox"/> 放射線治療，自____年__月__日起，共____次；現治療第____次。 <input type="checkbox"/> 化學治療，自____年__月__日起，共____次，頻率____周一次；現治療第____次。 <input type="checkbox"/> 標靶藥物 <input type="checkbox"/> 抗荷爾蒙治療 <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療 <input type="checkbox"/> 其他治療_____		
	描述： 二、 目前健康與營養攝取狀況： -健康狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需他人照護 ※進食狀況： <input type="checkbox"/> 灌食(鼻胃管/胃造口) <input type="checkbox"/> 吞嚥咀嚼不易 ※身高：__cm/體重：__kg/理想體重：__kg ※近期體重變化： <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少____kg/____(月/週) ※營養需求：建議每日攝取____瓶營養品(填妥上述資料，或檢附醫院/社福單位開立的營養評估表) 描述：		
其 他	1. 本會未補助醫療費用(含自費藥物、住院費用、輔具設備等)、機構費用、看護費用等，若轉介單位對補助內容有疑慮，可先聯繫本會社工討論個案狀況，再行轉介。 2. 因本會以轉帳方式撥付補助款項，若通過補助則須提供存摺封面影本(郵局或華南銀行)請告知 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 有銀行帳戶凍結、或強制扣款情形		
簽 章	◆ 本申請文件中有關當事人及其家庭之基本資料、急難事由、證明文件均係據實提供，當事人及其家屬同意本會以電話或實地進行訪視，訪視時係由本人或家屬據實陳述，如有不實，願自負法律責任，並返還補助金。 ◆ 同意本會如有基於個案評估及審核之必要，得查詢或調閱當事人及家屬之戶籍、財稅或核對其他補助資料。		當 事 人 (必 填) 日期 (簽章)
	檢 附 文 件 必須檢附文件： <input type="checkbox"/> 本會轉介單 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本/戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 最近一次癌症醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 國稅局財產、所得證明 <input type="checkbox"/> (中)低收入戶證明 相關證明文件： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 在學證明 <input type="checkbox"/> 營養需求說明 <input type="checkbox"/> 其他_____ 無須提供醫療收據		轉 介 單 位 單 位 主 管 轉 介 單 位 承 辦 人 員 (核章) (核章)

※轉介單位請詳閱扶助辦法，確實填寫表列項目，並將此表單與檢附文件，以郵寄或傳真寄送至基金會，並來電本會確認：
 地址：桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 育田基金會(癌友家庭扶助轉介表) 電話：03-328-5188 傳真：03-328-7258