|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | □男 □女 |
| 出生日期 | |  | 聯絡電話 | 市內：  手機： |
| 身分證號 | |  |
| 聯絡地址 | | 戶籍地：  居住地： □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)** | | **□馬上關懷、市急難救助 □醫療補助 □生活扶助 □實(食)物給付**  **□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:  □ 符合補助資格，符合項目:  □ 不符合(轉介其他福利方案)方案名稱：　　　　　　　　　，受理轉介單位：  □ 不符合(無需提供服務)，原因：  □ 不符合(其他)說明:  2.本案已回覆受通報人處理結果 □是 □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