

「宏恩愛心醫療濟助專戶」濟助實施辦法

105.10.26
106.12.29

一、濟助對象：

- (一)就醫之病患，於門診、急診或住院時，因經濟困難或突遭變故而無力負擔治療費用者。
- (二)政府核定之低收入戶、中低收入戶者。
- (三)福利邊緣者：已申請福利項目或保險給付，資格待核准，或未達福利資格而有實際需求者。
- (四)經濟危急補助：家庭因罹患重大傷病，經濟突遭變故，而導致生活陷入困境者。
- (五)龐大陷入危機：醫療費用支出龐大，而導致病患或家庭陷入困境者。
- (六)特例：經合作醫院專業社工人員評估確實有醫療照顧需要者

二、濟助條件：

- (一)申請人尚需醫療費用在伍萬元以上者，本專戶得在三分之一範圍內酌予補助，但每人最高補助以伍萬元為限。
- (二)購買醫療輔具、醫療衛材、醫療耗材、救護車接送、住院期間膳食營養費用、短期安置、急難扶助等醫療照護相關費用(每一個案以1.4萬元為上限)
- (三)若情況特殊者，得另專案提出。

三、濟助標準：

- (一)係以「愛心專戶」既有之捐助金額足資支應為原則，若捐助金額不足時，

尋求外部民間單位資源予以補助。

(二)由社工告知該清寒病患之主治醫師，請求主治醫師給予診查費若干之優待。夫婦二人同時因病就醫時，若無法照顧年幼子女者，本院社工可協助通報社會局。

四、申請手續：

僅須由當事人填具申請書連同三個月內戶籍謄本及其他有關證明文件，交至社工室。(電話：27713161 轉 163 分機)

五、審議與核定：

本專戶收到前項申請書，由社工先行評估申請人家庭經濟狀況，經本管理委員會主任委員核定後補助，再由會計室查簽本專戶餘存捐助金額，年末於會議中提報。

六、社會服務事項

(一)社會服務事項範圍：

1. 貧困家庭、弱勢家庭、無依或路倒病人所需醫療費用，及其因病情所需之交通、輔具、照護、康復、喪葬或其他特殊需要之相關費用。
2. 輔導病人或家屬團體之相關費用。
3. 辦理社區醫療保健、健康促進及社區回饋等醫療服務之相關費用。
4. 便民社會服務之相關費用。
5. 配合政府政策辦理國際醫療援助之相關費用。

(二)申請手續：

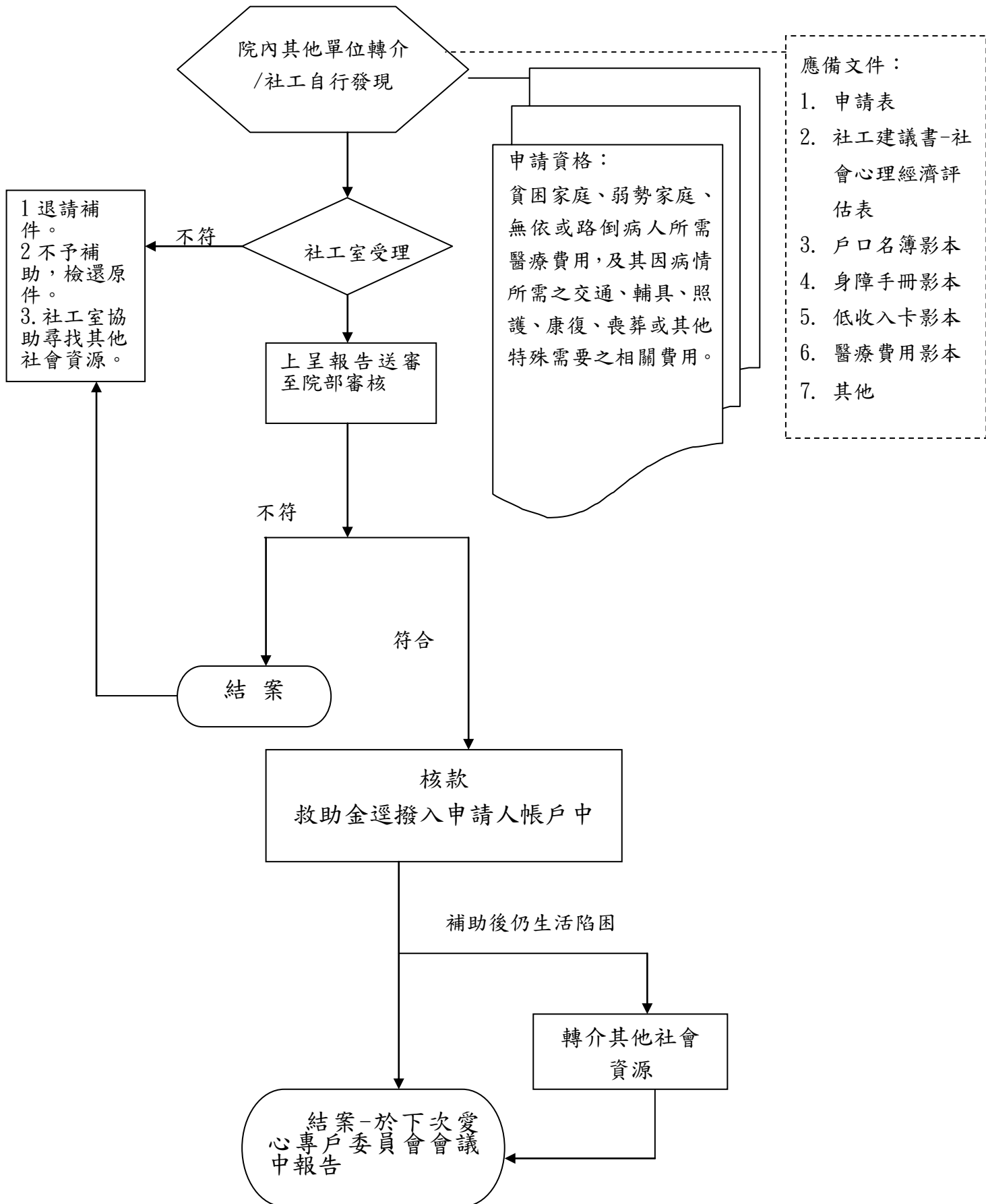
由業務主責人撰寫報告說明詳細計畫內容，並檢附相關資料上呈院方。

(三)審議與核定：

院方簽核同意後，即可於計畫執行結束上呈報告檢附支出明細，由會計查簽

本專戶餘存捐助金額，簽報本專戶管理委員會主任委員核定。

「宏恩愛心醫療濟助專戶」申請作業流程



「宏恩愛心醫療濟助專戶」急難救助申請表

申請人姓名		病 歷 號		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生年月日		身分證字號			
戶籍地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 鄉鎮 路 段 巷 弄 號 樓之 <input type="checkbox"/> 縣 市區 街				
居住地址	<input type="checkbox"/> 同上 <input type="checkbox"/> 另列如下 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 市 鄉鎮 路 段 巷 弄 號 樓之 <input type="checkbox"/> 縣 市區 街				
聯絡電話			行動電話		
職業			身心障礙手冊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
障別			程 度	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度	
身分別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 榮民 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 <input type="checkbox"/> 其他		重大傷病卡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
聯絡人		關係		聯絡電話	

☆相關證明文件

- 戶籍謄本(近三個月)
- (申請者)身份證影本
- 醫療費用收據
- 財戶所得財產清單
- 申請人存摺封面影本(郵局或銀行)
- 其他 : _____

申請補助費用 : _____元

填表人簽章 : _____ 申請人簽章 : _____

中 華 民 國 年 月 日

「宏恩愛心醫療濟助專戶」領 據

茲收到宏恩醫療財團法人宏恩綜合醫院撥付病患 (姓名)

○○○ 急難救助金新台幣 元整，確實無

誤，謹立此據，以茲證明。

申請人/委托人(簽名或蓋章)：

申請人/委托人(身分證字號)：

聯絡地址：

聯絡電話：

中 華 民 國 年 月 日

※備註：

1. 七歲以上之案主請親自簽章，未滿七歲由法定代理人代為簽章，無印章或無法簽名時請按指印。
2. 簽領時若有塗改，請於塗改處加蓋章或按指印。