

財團法人愛盲基金會
視障者急難救助金辦法

一、辦理單位：財團法人愛盲基金會

二、前言：

為照顧社會上經濟弱勢且發生緊急危難之視障朋友，財團法人愛盲基金會（以下簡稱本會）特設置『視障者急難救助基金』。由本會社工人員甄審亟需幫忙之視障朋友，確有緊急杼困之需求者，每名五千元，每年五十名。若因特殊個案需要，致原急難救助金額不敷分配，或急難救助金額尚無法緊急杼困，亦可經由審核後酌予增加，本會保有審核撥款之權利。

三、申請資格：

1. 持有身心障礙手冊（須有視覺障礙或合併視覺障礙之多重障礙者），並經政府核為低收入者。
2. 非營利組織社工相關專業人員（含本會社工相關專業人員）轉介推薦者及本會捐款會員推薦者。
3. 未曾申請本案者為優先。

四、審核方法：

1. 推薦人填寫急難救助申請書並備急難證明文件，提供本會審核撥款。
 - (1) 審查人員：由本會組成評審委員會（本會委員3名、外部團體代表2名），且須經委員過半數同意。
 - (2) 本案審查後會將副本給予被救助者或推薦轉介者乙份，本會正本留底備查。
2. 申請資料
 - (1) 持有身心障礙手冊（須有視覺障礙或合併視覺障礙之多重障礙者），如無法即時取得，可於事後補證影印與本會。
 - (2) 發放時間—交予本會審查無議後，於一週內發放之。
3. 每一件救助金額為每名新台幣伍仟元，特殊個案不在此限。

註：1. 申請手續—下述文件恕不退還，請見諒！

 - (1) 填寫申請表乙份。
 - (2) 附註證明文件—①低收入戶證明②身心障礙手冊③全戶戶口名簿影本乙份④事實證明文件一份。
2. 申請時間—全年度皆可受理。

您可至本會網頁下載本會急難救助辦法暨申請表
本會網址：<http://www.tfb.org.tw>

附註：申請書及有關證件證明請寄：財團法人愛盲基金會
100 台北市中正區忠孝西路一段 50 號 13 樓之 19
電話：(02) 2361-6663 轉 8801 傳真：(02) 2375-3976
承辦人 洪珮珊 小姐

視障者急難救助金申請表

編號 (本會人員填寫)					
填寫人姓名			填寫人單位		
申請日期	年	月	日	填寫人電話	
填寫人身份	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家人，關係_____ <input type="checkbox"/> 其他 (請說明:_____)				
申請人姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
申請人障礙類別	<input type="checkbox"/> 視障： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 <input type="checkbox"/> 視多重障：合併_____障				
申請人電話			申請人手機		
申請人職業			家中收入情形	每月月收入	元
申請人居住住址					
申請人戶籍住址					
近一年內曾否接受其它性質救助金： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 金額：_____元 補助狀況簡述：					
急難狀況簡述：(務必填寫若無任何描述則以其他申請案件為優先,若不敷使用,請另以 A4 大小紙為主)					
附件： <input type="checkbox"/> 身心障礙手冊影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 急難救助文件(如社工相關人員轉介單、老師或鄰里長證明等) <input type="checkbox"/> 低收入證明文件→ 共_____份 <input type="checkbox"/> 郵局或金融機構存摺封面頁					
上述請申請人或填寫人填之，以下勿填：審查機關結果——					
1.資料審查： <input type="checkbox"/> 符合，送入審查委員會。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____					
備註：_____					
2.審核結果： <input type="checkbox"/> 符合，核發急難救助金。 <input type="checkbox"/> 不符合，原因_____					
備註：_____					
核准日期	年	月	日	發予金額	<input type="checkbox"/> 5000 元
發給日期	年	月	日	領據號碼	
備註：若有任何疑問歡迎電洽本會社工人員：(02) 2361-6663 轉 8801 承辦人洪珮珊 小姐。					

個案資料使用聲明

*我同意提供個人資料給愛盲基金會於進行視障服務中使用。

簽名： _____

日期： _____

個資使用聲明：

財團法人愛盲基金會，向您蒐集之個人資料；包含個人姓名、公司名稱、職稱、地址、電話及電子郵件地址等，得以直接或間接識別個人的相關資訊，將僅限使用於愛盲基金會合於營業登記項目或章程所載之目的事業，依公益勸募條例業務需要之客戶管理、募款及營業範圍內相關服務使用，並遵守「個人資料保護法」之規定妥善保護您的個人資訊。

於此前提下，您同意愛盲基金會得於法律許可之範圍內處理及利用相關資料以提供資訊或服務，並得於愛盲基金會之營運地區向您提供服務活動資訊，但您仍可依法律規定之相關個人資訊權利主張如下事項：查詢、閱覽、複製、補充、更正、處理、利用及刪除，請於上班時間以電話或電子郵件向愛盲基金會聯繫。
電話：02-2361-6663；Mail：eyelove@tfb.org.tw。您亦可拒絕提供相關之個人資料，惟可能無法及時享有愛盲基金會提供之相關活動與獲取各項資訊之權利。