

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(以下簡稱本會)

二、急難定義：

- 1.戶內人口死亡無力殮葬者。
- 2.戶內人口遭受意外傷害或罹患重病，致生活陷於困境者。
- 3.負家庭主要生計責任者，失業、失蹤、應徵集召集入營服役或替代役現役、入獄服刑、因案羈押、依法拘禁或其他原因，無法工作致生活陷於困境者。
- 4.財產或存款帳戶因遭強制執行、凍結或其他原因未能及時運用，致生活陷於困境者。
- 5.已申請福利項目或保險給付，尚未核准期間生活陷於困境。
- 6.其他因遭遇重大變故，致生活陷於困境，經本會認定確有救助需要者。

三、前言：

茲為照顧社會經濟弱勢且發生急難之視障盲友，本會特別設置『視障者急難救助金辦法』，由本會甄審亟需幫助之視障盲友，每名新台幣五千元，每年預算依照前一年度實際申請名額彈性調整。若因特殊個案，致原急難救助員額不敷分配，或急難救助金額不足支應者，本會可經由特殊審計後酌予變更，惟本會保有最終甄審權。

四、受領資格：

- 1.領有身心障礙證明之視覺障礙者，並經政府核為低收入者。
- 2.經本會低視能服務處服務之低視能者，並經政府核為低收入者。
- 3.未曾申請其他機構補助或未申請過本案者為優先，
- 4.過去如有隱匿、拒絕、或提供過不實資料者不接受申請。

五、申請方式：

本會低視能服務專業人員、社工及相關重建專業人員主動發掘急難個案；或視狀況接受非營利組織社工相關專業人員轉介。

六、審核程序：

- 1.申請人填寫視障者急難救助申請表，並備妥相關證明文件，提交本會審核。
 - (1) 社工初審：由本會社工進行家庭實地訪視，核實申請人提供資料與實際家庭狀況。
 - (2) 審查委員會：由本會社工員一名、執級主管與董事各一位審核之，須經過半數委員同意。
 - (3) 申請案經審查後，副本交予申請人收執，正本由本會留存備查。
 - 2.申請資料
 - (1) 申請表(乙份)。
 - (2) 政府核發之身心障礙證明；若無法於提出申請時即時繳交可事後補繳。
 - (3) 證明文件：a. 低收入戶證明 b. 全戶戶口名簿(影本) c. 急難事故證明文件。
- 註：申請文件不退還。

3. 救助金發放

- (1) 每件救助金額為每名新台幣五千元(特殊個案不在此限)。
- (2) 救助金於提出申請經本會審查無異議後一週內發放。
- (3) 救助金申請全年度皆可受理，惟每年度只准一次不可重複申請，過往年度未申請者優先。
- (4) 急難救助辦法暨申請表可至本會網頁下載，本會網址：<http://www.tfb.org.tw>。
- (5) 申請書及證明文件請寄：

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分機8930 傳真：(02) 2375-3976

承辦人：王敬元

財團法人愛盲基金會視障者急難救助金申請表

編號 (本會填寫)						
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"/> 社工 <input type="checkbox"/> 低視能服務人員 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明: _____)					
視障者姓名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	年 月 日
視障者障礙類別	<input type="checkbox"/> 二類 · 編碼 _____ · 效期: _____ 。 <input type="checkbox"/> 類 · 編碼 _____ · 效期: _____ 。					
視障者障礙等級	<input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度					
視障者電話			視障者手機			
視障者職業	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	家中收入情形	每月收入	元	
視障者居住地址						
視障者戶籍地址						
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, 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紙為主)						
附件: <input type="checkbox"/> 身心障礙證明影本 <input type="checkbox"/> 戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 低收入證明文件, 共 _____ 份 <input type="checkbox"/> 急難事故證明文件(如社工員轉介單、老師或鄰里長證明) <input type="checkbox"/> 郵局或金融機構存摺封面頁						
註: 以上部分請申請人或填寫人詳細填報, 以下為本會審核結果。						
1. 資料審查: <input type="checkbox"/> 符合, 送入本會評審委員會。 <input type="checkbox"/> 不符, 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, 原因 _____ 備註:						
核准日期	年 月 日		發予金額	<input type="checkbox"/> 5000元	<input type="checkbox"/> 元	
發給日期	年 月 日		領據號碼			
註: 若有任何疑問請電洽本會社工人員: (02) 2361-6663分機8930 承辦人: 王敬元						

個案資料使用聲明

* 我同意提供個人資料給予愛盲基金會於法定事項及視障服務中使用。

聲明者簽名：_____

聲明日期：_____

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、工作職稱、公司或住家地址、電話、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料。

另依據財團法人法第25條第3項第2款本會須主動公開「前一年度之接受補助、捐贈名單清冊及支付獎助、捐贈名單清冊，且僅公開其補助、捐贈者及受獎助、捐贈者之姓名或名稱及補（獎）助、捐贈金額。」

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；電郵：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服務。