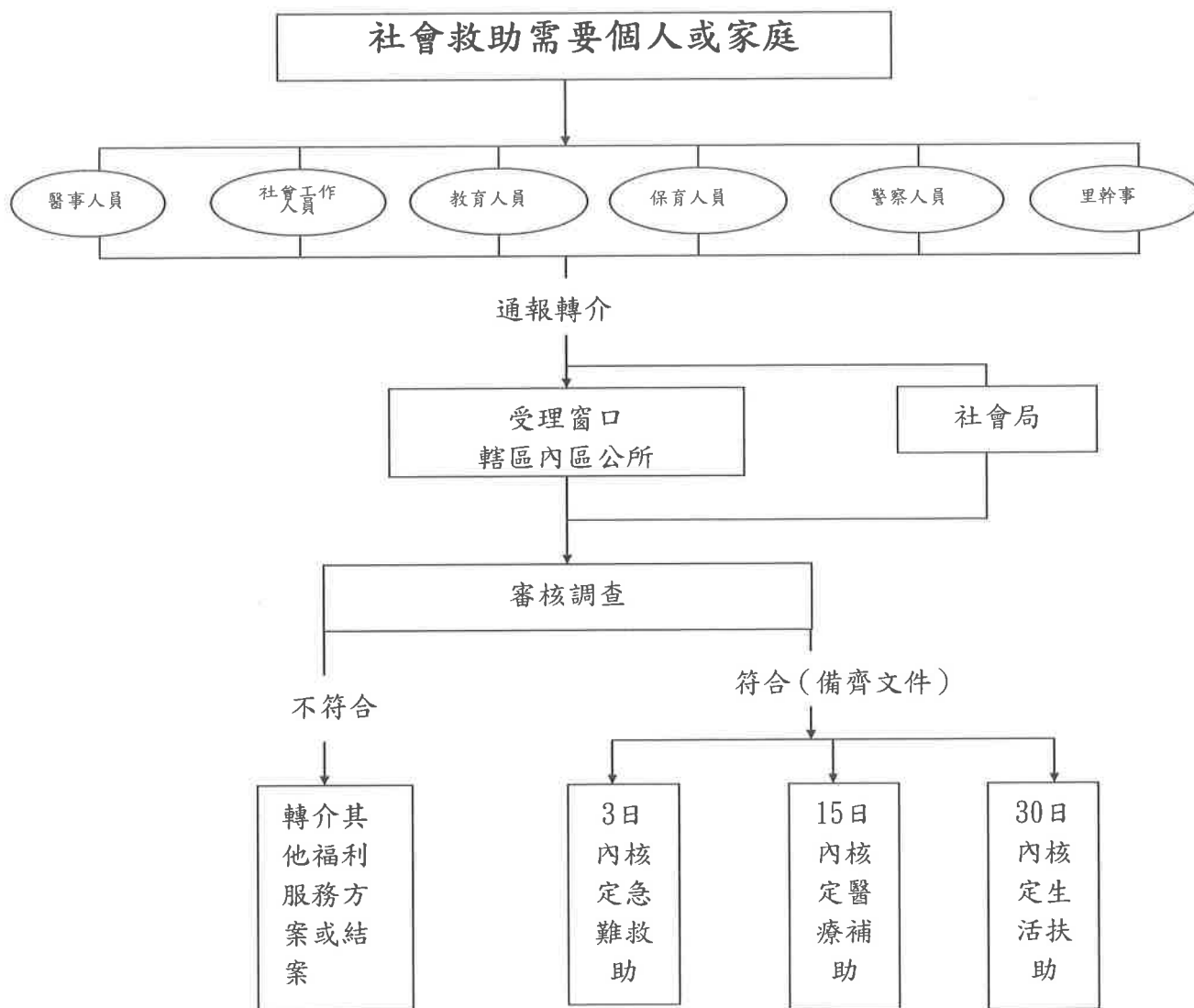


社會救助通報流程及處理時效



說明

- 一. 適用對象：經通報個案。
- 二. 依法有通報責任者，因執行業務知悉有社會救助需要者，應即時通報受理窗口，非有不可抗拒之因素，不得逾三日。
- 三. 直轄市、縣（市）政府或鄉（鎮、市、區）公所受理社會救助，應就其通報事由及相關證明文件進行審核調查，若遇生活上急迫情形者，應依社會救助法第二十一條核予急難救助等協助。若經救助無法紓困或不符前揭規定而適用一般性急難救助者，則再行評估並協助一申請程序提出低收入戶生活扶助申請。
- 四. 各項補助核定之處理時效，以協助申請人備齊規定之相關規定之相關表件為起算日。
- 五. 申請醫療補助或急難救助，遇有急迫情形者，得由戶籍所在地主管機關查明先行辦理，再行補送有關表件。

附件

臺中市社會救助需要個人或家庭通報表

編號：

個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期		聯絡電話	
身分證號			
聯絡地址			
需求評估(可複選)	<input type="checkbox"/> 馬上關懷、市急難救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 生活扶助 <input type="checkbox"/> 其他		
家庭狀況概述			
目前領取之補助項目及金額			
通報單位資料			
單位名稱		承辦人員	
聯絡電話		傳真電話	
Email Add.			
單位地址			
填表日期		單位主管	

-----回-----覆-----單-----

受通報單位			
處理過程及回覆(含通報單位及當事人)紀錄：請敘明處理時間/聯繫對象/過程			
1. 處理結果： <input type="checkbox"/> 符合補助資格，符合項目：_____。 <input type="checkbox"/> 不符合(轉介其他福利方案)方案名稱：_____，受理轉介單位：_____。 <input type="checkbox"/> 不符合(無需提供服務)，原因：_____。 <input type="checkbox"/> 不符合(其他)說明：_____。			
2. 本案已回覆當事人處理結果 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
聯絡人		聯絡電話	
單位主管		傳真電話	