

財團法人台灣癌症基金會

癌友基本資料

申請日期：____年____月____日

基本資料	姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期	____年____月____日(____歲)
	身份字號		連絡電話		e-mail	
	連絡地址					
	聯絡人姓名		關係		連絡電話	
	福利身分	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 低/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 經濟弱勢 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 單親 <input type="checkbox"/> 特殊境遇				
	保險情況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 勞保 <input type="checkbox"/> 公保 <input type="checkbox"/> 漁保 <input type="checkbox"/> 農保 <input type="checkbox"/> 軍保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他				
	婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 一方失聯 <input type="checkbox"/> 子女：____名				
	教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中/高職 <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所(或以上)				
	日常生活功能	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需要他人幫忙 <input type="checkbox"/> 需要輔助用具 <input type="checkbox"/> 完全無法自行活動				
	居家狀況	1. <input type="checkbox"/> 與家人同住(請註明家庭成員) <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 醫療機構 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 無固定住所 <input type="checkbox"/> 服刑中 <input type="checkbox"/> 其他 2. <input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 無貸款 <input type="checkbox"/> 有貸款，房貸____元/月) <input type="checkbox"/> 出屋(租金____元/月) <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他				
	主要照顧者	<input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他				
	經濟狀況	1. <input type="checkbox"/> 自己有工作 <input type="checkbox"/> 政府補助 <input type="checkbox"/> 父母扶養 <input type="checkbox"/> 子女提供 <input type="checkbox"/> 親友提供 <input type="checkbox"/> 其他 2. 月收入約____元				
	慢性疾病史	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血壓 <input type="checkbox"/> 心臟病 <input type="checkbox"/> 中風 <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> CRF <input type="checkbox"/> 其他				
	癌別		期別		轉移部位	
初診斷時間	____年____月	就診醫院		基因檢測		
手術切除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手術時間	____年____月			
癌症復發	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	復發時間	____年____月			
治療方式	<input type="checkbox"/> 化學治療期間：____藥名： <input type="checkbox"/> 標靶治療期間：____藥名： <input type="checkbox"/> 免疫治療期間：____藥名： <input type="checkbox"/> 放射線治療：____次數：____部位： <input type="checkbox"/> 抗賀爾蒙治療：____藥名： <input type="checkbox"/> 中西醫整合療法 <input type="checkbox"/> 定期門診追蹤 <input type="checkbox"/> 安寧療護 <input type="checkbox"/> 其他治療					

台灣癌症基金會 癌友就醫交通補助申請表 南部限定

轉介單位	醫院名稱		填表社工/個管師	
	電話/手機		電子郵件	
福利補助	請詳細描述項目與金額			
	公部門		民間單位	
申請事由	本欄由合作醫院詳述、或轉介社工評估表			家系圖(請畫三代)
家庭狀況				

本人同意財團法人台灣癌症基金會及我會轉介之合作單位為評估及提供服務之需，可處理或運用本人資料，進行電話關懷、家庭訪視及後續服務之追蹤，並且瞭解本人資料將被保密，不做其他用途。

申請人簽名或蓋章：

依「財團法人法」第25條規定：除受捐贈者事先以書面表示反對外，本會須主動公開受捐贈者姓名及金額。請務必勾選以下欄位，以作為捐款公開與否之依據：

受捐款人姓名公開與否：不同意公開；同意公開

申請人簽名或蓋章：

轉介單位簽核

主管/督導		承辦人員		填表日期	
台灣癌症基金會 審核說明：					
財團法人台灣癌症基金會簽核					
副執行長		督導		承辦人	

附繳文件：(請於申請時再次確認資料是否備齊)

<input type="checkbox"/> 1. 交通補助救助專案申請表	<input type="checkbox"/> 2. 申請人身份證(正反面)影印	<input type="checkbox"/> 3. 醫院之正本診斷證明書(申請日期6個月內)
<input type="checkbox"/> 4. 政府核定之中低收入戶證明、區公所或村里長核發之清寒證明(有效期限內)	<input type="checkbox"/> 5. 申請者之存摺封面影本(機構名、戶名、局號/帳號)	<input type="checkbox"/> 6. 其他附件資料如：身心障礙手冊影本