

癌症希望基金會補助申請單

會務編號(本會填寫)：

申請項目： <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 營養品 <input type="checkbox"/> 希望驛站 <input type="checkbox"/> 義乳胸衣 <input type="checkbox"/> 就醫交通					申請日期 (Y/M/D)		
基本資料	申請人姓名/性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生日期 (Y/M/D)		身分證字號		
	居住地址					申請人電話	
	聯絡人姓名	與申請人關係			聯絡人電話		
	保險情況 (複選)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 福保 <input type="checkbox"/> 公/勞/農保 <input type="checkbox"/> 商業保險 <input type="checkbox"/> 其他		教育程度	<input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 國小 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中職 <input type="checkbox"/> 大學/大專 <input type="checkbox"/> 碩士以上		
	身分類別	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 新住民 <input type="checkbox"/> 其他		職業	<input type="checkbox"/> 未就業 <input type="checkbox"/> 就業中 <input type="checkbox"/> 待業 <input type="checkbox"/> 退休		
	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；子女____人					
	住屋狀況	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 有貸款 <input type="checkbox"/> 無貸款) <input type="checkbox"/> 租屋 <input type="checkbox"/> 借住 <input type="checkbox"/> 其他					
	家居狀況	<input type="checkbox"/> 與家人同住 <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 機構安置 <input type="checkbox"/> 無固定住所 <input type="checkbox"/> 其他					
疾病狀況	癌症名稱			就診醫院/ 醫師姓名			
	癌症期別	<input type="checkbox"/> 原位癌 <input type="checkbox"/> 第一期 <input type="checkbox"/> 第二期 <input type="checkbox"/> 第三期 <input type="checkbox"/> 第四期 <input type="checkbox"/> 不分期		診斷日	首次確診日期:____年__月__日 復發日期:____年__月__日(無則免填)		
	治療計畫	<input type="checkbox"/> 手術治療, 預計手術日期:____年__月__日 <input type="checkbox"/> 化學治療, 預計治療期間:____年__月~____年__月 <input type="checkbox"/> 放射線治療, 預計治療期間:____年__月~____年__月 <input type="checkbox"/> 標靶治療; <input type="checkbox"/> 抗荷爾蒙治療; <input type="checkbox"/> 免疫藥物治療; <input type="checkbox"/> 其他治療_____					
福利補助	公部門(請詳細描述項目與金額)			民間單位(請詳細描述項目與金額)			
具體說明	1.家庭概況: 家庭成員、收入來源等。 2.請簡述遭遇困難及需協助的部分。				家庭圖(請畫三代)		
轉介單位填寫	單位名稱			承辦人員 姓名/職稱			
	連絡電話						
檢附文件	<input type="checkbox"/> 補助申請單 <input type="checkbox"/> 近三個月內診斷證明書 <input type="checkbox"/> 近一年同住全戶人口完稅之綜合所得各類所得資料清單及財產歸屬資料 <input type="checkbox"/> 近三個月內同住全戶人口戶籍謄本詳盡版 <input type="checkbox"/> 特殊身份證明文件(無則免付)_____						
	<input type="checkbox"/> 個人資料告知暨同意書(附件三) ★「營養品補助」需營養品補助評估單(附件二), 無申請則免附。 ★「義乳胸衣補助」所開立的診斷書需備註「乳癌經全乳房切除」。 ★「希望驛站」限放射線治療中之癌友申請(檢附低收/中低收證明; 居住花東地區, 檢附清寒證明即可)。						
希望小站	台北希望小站: 電話 (02) 3322-6286 傳真 (02)3322-1314 台中希望小站: 電話 (04) 2305-5731 傳真 (04)2305-5736 高雄希望小站: 電話 (07) 581-0661 傳真 (07)581-0663						

附件二、

營養品補助評估單

姓名		癌別		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
----	--	----	--	----	---

營養評估:

- S:◆進食障礙(無 吞嚥不適 咀嚼不易 灌食)
- ◆消化吸收障礙(無 腹瀉 便秘 噁心 嘔吐 腹脹 灌食回抽多)
 - ◆疾病營養治療需求：糖尿病 腎臟病 高血脂 肝病 癌症 灌食者 呼吸器 其他
 - ◆其他：

O：身高_____cm / 體重_____kg /理想體重_____kg(22Xm²)

- ◆體重變化：減輕 維持 增加(____公斤 / ____)
- ◆目前體重/理想體重：_____ %
- ◆臨床表徵：無特殊臨床表徵 肌肉耗損皮下脂肪耗損水份滯留(部位：_____) 其他
- ◆生化檢驗: 檢驗日期____年____月____日

Alb	WBC	Hgb	PLT	GOT/GPT	Na/K	BUN/Cr.	AC/PC	TG/Chol.

- ◆熱量需求：_____Kcal/d (_____kcal/kgIBW； _____kcal/kg 現在 BW)
- ◆蛋白質需求：_____g/d (_____g/kgIBW； _____g/kg 現在 BW)
- ◆目前攝取熱量：_____Kcal/d
- ◆進食狀況:

- P: 1.營養品補充_____ % of 需要量=_____Kcal/d
- 2.配方設計: _____(量/次_____ * _____次/天)
- 3.其他：

申請品項	營養品種類:	申請數量:
------	--------	-------

營養師		連絡電話		評估日期	
-----	--	------	--	------	--

以下由癌症希望基金會人員填寫

核發品項	營養品種類:	核發數量:	補助次數:
------	--------	-------	-------

領取方式	<input type="checkbox"/> 親到本會領取 <input type="checkbox"/> 郵寄/配送到家(費用由癌友自付)
------	---

附件三、

財團法人癌症希望基金會為「專案補助」

蒐集、處理及非營利目的之利用申請人個人資料告知暨同意書

財團法人癌症希望基金會（以下簡稱本會）「專案補助」，依《個人資料保護法》規定，向您（申請人）告知下列事項，請撥冗審閱並簽名，簽名同意後始能申請，造成不便，敬請見諒：

壹、蒐集之目的：

本會基於非營利組織機構管理、運用及社會工作之特定目的，為專案補助辦理您的補助款或物資申請而蒐集、處理及非營利目的利用您的個人資料等。本會蒐集、處理及非營利目的利用您的個人資料皆以尊重您的權益為基礎，並以誠實信用方式及以下原則為之。

貳、個人資料之識別類：

辨識個人者、政府資料中之辨識者、個人描述、家庭情形、住家及設施、現行之受僱情形、現行治療狀況等，詳參本會急難救助申請表所需檢附文件及個案轉介申請所列內容。

您同意參加本會於活動或是研習期間進行之拍攝、攝影等所有肖像權歸屬於本會，本會得於不侵犯個人權利及非營利目的內，無償使用。

參、利用期間、地區、對象及方式：

本會基於補助條件之審查，需蒐集、處理及非營利目的利用您的個人資料，如補助審查、依相關法令提供政府機關使用、提供予金融機構辦理匯款或轉帳、公益推展等非營利目的利用，個人資料由本會備存五年後銷毀。本會僅基於上述目的而需蒐集、處理及非營利目的利用個人資料，該資料將在前開蒐集目的之存續期間及依法令規定要求之期間內被處理及非營利目的利用，個人資料將僅利用在臺灣、金門、澎湖、馬祖地區。對於您所提供之個人資料，本會及配合之相關社福單位都將於特定目的範圍內予以非營利目的之利用，並採取適當安全措施予以保護。

肆、您的個人資料權利：

您得就本人之個人資料依法向本會以書面或電話請求行使以下權利：

- 一、查詢或請求閱覽。
- 二、製給複製本。
- 三、補充或更正。
- 四、請求停止蒐集、處理及非營利目的利用。
- 五、請求刪除。

上述權利，若因不符合申請程序、法律規定、本會依法負有保存義務或法律另有規定之情況者，不在此限。

伍、注意事項：

若您不同意本會蒐集、處理及非營利目的利用您的個人資料，基於申請業務之執行，本基金會將無法受理專案補助之申請，尚祈見諒。

陸、同意事項：

- 一、同意書簽署前，我已詳讀並瞭解同意書內容，符合個人資料保護法及相關法規之要求。
- 二、同意本會蒐集、處理及非營利目的利用申請人個人資料，並同意本會將個人資料建檔。

申請人即同意人簽章：

法定代理人/監護人或輔助人簽章：

(未滿 20 歲之申請人須由法定代理人代為辦理並簽名)

中 華 民 國 年 月 日