

金門縣設籍前新住民社會救助申請表

※填表前，請務必先參閱附件填表說明之內容。

申請日期： 年 月 日

申請人姓名		統一證號		出生日期	民國_____年____月____日
婚姻狀況	<input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離婚 <input type="checkbox"/> 喪偶		連絡電話	住家：(_____) - _____ 手機：_____	
國籍別	<input type="checkbox"/> 大陸籍 <input type="checkbox"/> 外國籍，國籍：_____		就業狀況	<input type="checkbox"/> 無 原因：_____ <input type="checkbox"/> 有 職業：_____	
居留地	_____鄉(鎮)_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____				
住居所	<input type="checkbox"/> 同居留地 _____鄉(鎮)_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____				
公文送達地	<input type="checkbox"/> 同居留地 <input type="checkbox"/> 同住居所 _____鄉(鎮)_____里_____鄰_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓之_____				
戶內低收(中低收)入戶狀況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 低收入戶 <input type="checkbox"/> 中低收入戶 戶長姓名：_____ 戶長身份證字號：_____ 關係：_____				
領有政府其他補助	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有，補助項目：_____ 金額：_____元				
申請項目 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 第一款 醫療補助 <input type="checkbox"/> 第二款 急難救助 <input type="checkbox"/> 戶內人口死亡無力殮葬。 <input type="checkbox"/> 戶內人口遭受意外傷害或罹患重病，致生活陷於困境。 <input type="checkbox"/> 負家庭主要生計責任者，失業、失蹤、應徵集召集入營服兵役或替代役現役、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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 已申請福利項目或保險給付，尚未核准期間生活陷於困境。 <input type="checkbox"/> 其他因遭遇重大變故，致生活陷於困境，經直轄市、縣(市)主管機關訪視評估，認定確有救助需要。 <input type="checkbox"/> 第三款 產婦及嬰兒營養補助				
1. 申請人有義務主動正確提供本項補助審查所需相關資料；並同意受理單位得查調相關資料審核。 2. 以上所填資料及所附文件均為真實，如故意隱匿或提供不實資料及違反相關法令之後果，除繳回溢領金額，需負一切法律責任。 3. 以下簽名蓋章，申請人均須親自簽名蓋章，他人無委託書或授權書而代為簽名蓋章者，涉偽造文書。 4. 如為委託他人代為申請，除檢具代申請委託(授權)書，受委託人亦將以上內容詳告申請人。 <p style="text-align: right;">申請人：_____ (簽章)</p>					
代申請委託(授權)書	委託人(即申請人)：_____【簽章】茲已瞭解並將有關申請本市社會扶助相關事宜，委託(授權)受委託人：_____【簽章】(關係：_____)代為申請，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如有因虛報不實而查獲者，雙方並負相關法律責任。 <p style="text-align: right;">中華民國 年 月 日</p>				

金門縣設籍前新住民社會救助填表說明

申請資格	一、本縣列冊之低收入戶及中低收入戶，其配偶為設籍前新住民者，其在臺個人財產（含動產及不動產）未超過本縣當年度低收入戶標準，且最近1年居住國內超過183日者。 二、實際居住於本縣之設籍前新住民（不限列冊低收入戶及中低收入戶）具本計畫第七點急難救助補助原則之一者，且最近1年居住國內超過183日以上者，得依需求提出申請。	
	醫療補助	一、補助全民健康保險就醫之自行負擔之醫療費用，最高補助3萬元。 二、補助對象（就醫或出院後3個月內提出申請）： （一）本縣列冊之低收入戶，其設籍前新住民配偶，全額補助。 （二）本縣列冊之中低收入戶，其設籍前新住民配偶，補助80%。
	急難救助	一、設籍前新住民其家戶申請本縣急難救助，已獲補助者，不予重複補助。 二、相同急難事由，當年度申請本項救助以1次為限，不得重複申請。 三、補助對象（急難事實發生後3個月內提出申請）： （一）喪葬救助：最高補助2萬元；其配偶為本縣列冊之低收入戶、中低收入戶或負家庭主要生計者死亡最高補助3萬元。 （二）傷病救助：最高補助2萬元；其配偶為本縣列冊之低收入戶、中低收入戶或負家庭主要生計者遭受意外傷害或罹患重病最高補助3萬元。 （三）生活救助：最高補助1萬元；其配偶為本縣列冊之低收入戶、中低收入戶最高補助2萬元。
	產婦及嬰兒營養補助	一、補助對象（分娩、自然流產或死產之日起3個月內提出申請）： （一）本縣列冊之低收入戶及中低收入戶，其設籍前新住民產婦或嬰兒，得申請營養補助金。 （二）本縣列冊之低收入戶及中低收入戶，其設籍前新住民婦女懷孕滿20週以上有死胎、自然流產或符合優生保健法第九條規定之人工流產者。 二、每胎以申請1次為限，補助1萬元；雙胞胎以上者，以增加之胎兒數，每胎增給1萬元。
應備文件	<input type="checkbox"/> 申請表及領據 <input type="checkbox"/> 申請人居留證影本 <input type="checkbox"/> 全戶戶籍謄本或戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 申請人臺灣土地銀行或其他金融機構存簿封面影本 <input type="checkbox"/> 全戶低收入戶或中低收入戶證明（申請醫療補助及產婦及嬰兒營養補助必備） <input type="checkbox"/> 申請人最近1年之入出國日期證明書或蓋有入出境查驗章護照影本	
	醫療補助	<input type="checkbox"/> 醫療費用收據正本（自付醫療費用部分） <input type="checkbox"/> 診斷證明書正本
	急難救助 （依申請項目檢附）	<input type="checkbox"/> 死亡證明或除戶謄本 <input type="checkbox"/> 醫藥費用收據正本及診斷證明書正本 <input type="checkbox"/> 非自願離職證明書、公立就業輔導機構開立之求職登記證明或就業輔導證明、領有失業給付證明等文件 <input type="checkbox"/> 失蹤協尋報案單影本 <input type="checkbox"/> 服役證明影本 <input type="checkbox"/> 在監證明影本 <input type="checkbox"/> 身心障礙證明影本 <input type="checkbox"/> 法院強制執行文件或行政執行傳繳通知或相關執行命令（強制執行）、金融聯合徵信中心書面查詢結果（警示帳戶）或其他債務相關證明等文件 <input type="checkbox"/> 新住民家庭服務中心電訪暨家訪紀錄表
	產婦及嬰兒營養補助 （依申請項目檢附）	<input type="checkbox"/> 一般生產者：醫療院所開立之出生證明書或已辦理新生兒出生登記之全戶戶籍謄本或戶口名簿 <input type="checkbox"/> 懷孕20週以上自然流產或死產者：醫療院所開立之診斷證明書正本（需明列懷孕週數及流產原因）
申請方式	洽辦單位	向本府社會處或新住民家庭服務中心提出申請。
	承辦單位	金門縣政府社會處鄉親暨新住民服務科
	聯絡地址	金門縣金城鎮民權路173號
	聯絡電話	(082)318823 分機 62562

