



癌友家庭扶助辦法

112.2.1 公告實施

壹、目的

癌友罹癌治療期間，因無法工作導致收入短缺；高頻率的回診，往返醫院路途恐造成癌友身體、經濟的負擔；因治療副作用導致吞嚥與進食困難，面臨營養不良嚴重問題，然而營養補充的支出龐大，將影響癌友家庭的經濟。為了讓癌友能夠儲備抗癌的體力與抵抗力，不必擔心生活與營養品開銷能專心接受治療，育田基金會施行「**癌友家庭扶助**」，提供經濟與營養品協助。

貳、補助對象

- 一、**罹患癌症**，現持續接受治療(手術、放療、化療)等**積極治療**行為，或已接受**安寧照護**者；並以**罹癌(初診、復發) 6個月**內為優先補助對象。
- 二、**營養品**：具**營養補充品需求者**，如**置有管路**或需以**流質食物進食**的癌友
- 三、**急難救助**：因罹癌致使家庭生活陷入困境，罹癌者為家中**主要經濟來源者**；或因罹癌導致家庭有收入減少情形，如：家人陪同就醫而減少工作時數。
- 四、**交通補助**：需接受積極性治療(放療、化療)，**每月至少回診4次**
- 五、以**無領有其他長期社福資源者為優先補助對象**，如：公部門、其他社福單位補助，若已領有其他社福資源者，將視其補助金額，調整本會補助內容。
- 六、**已入住機構、已申請看護或已死亡者**，非本會補助對象。

參、補助項目

一、營養品補助

將視癌友實際營養品需求狀況，提供癌友營養品補助，補助數量與時程，將由本會社工評估後核發，補助上限每年至多提供六個月。

二、急難救助

經本會社工以治療期程、經濟條件等因素進行綜合評估後，實有經濟困難者，提供一次性急難救助，補助上限壹萬伍仟元。

三、交通補助

經社工評估癌友實際就醫交通路途、花費等，實有經濟困難者，提供一次性交通補助，補助上限壹萬伍仟元。

四、每位癌友當年度僅能申請一次補助，每戶案家(三等親內)最多補助兩名癌友。

五、轉介單位可視癌友實際需求，勾選申請項目，後續由本會社工評估後核定之。

六、本會不予補助醫療費、養護機構費、看護費、輔具支出費用等。

肆、補助申請期間：自 112 年 2 月 1 日起至 112 年 11 月 30 日(將視實際情況，提前截止日期)

伍、實施範圍：全國含離島各地區。

陸、轉介方式：

透過下列各單位專業人員評估後，填妥「本會轉介表」，經當事者同意簽名後，將轉介表與相關證明文件，以傳真、郵寄方式轉介本會服務中心，並來電確認轉介表是否已寄達；**轉介單位社工，若無開案協助癌友者，本會恕不接受轉介。**

- 一、 癌友就醫之醫院社工、癌症資源中心專業人員
- 二、 實際居住地之政府社會局處及所屬福利服務中心¹社工人員
- 三、 學校、其他社福單位社工人員

柒、服務區域

- 一、 **總 會** 連絡電話：03-328-5188#113、116，傳真電話：03-328-7258

郵寄地址：「33376 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 育田基金會」

- 二、 **東區辦事處** 連絡電話：03-863-0007，傳真電話：03-863-0017

郵寄地址：「97053 花蓮縣花蓮市自由街 150 號 3 樓之 5 育田基金會」

(宜蘭縣、花蓮縣、台東縣之個案，請轉介至東區辦事處；其他地區請轉介至總會)

捌、轉介表單下載 https://www.mercyland.org.tw/?page_id=563

玖、轉介注意事項：

- 一、 檢附文件(可附影本)：(1)本會轉介表(2)近三個月內之同住全戶人口戶籍謄本或戶口名簿影本(3)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或低收/中低收戶證明(低收證明與財稅證明二擇一)(4)癌症醫療診斷證明書(5)營養需求說明(6)其他相關證明文件:政府補助核定公文(ex.急難救助、弱勢兒少)、身障證明影本等(7)免附死亡證明書或醫療費用收據
- 二、 本會社工評估時會視文件中訊息提供完整度進行電訪或實地家訪、院訪，倘若無法配合訪視者恐無法核予補助。
- 三、 若近期已接受或當月同步申請其他社福單位補助，本會可依申請者實際生活情形，及已接受之資源情形，評估調整補助額度或是暫緩補助。
- 四、 本會以轉帳方式撥付補助款項，故通過補助後需提供存摺封面影本，申請時請註明是否有帳戶凍結、強制扣款情形。
- 五、 轉介表需經癌友或其家屬簽名確認，若因故無法簽名時，請轉介人員於轉介單表中備註原因。

福利服務中心泛指：家庭福利服務中心、社會福利服務中心、單親、老人、身心障礙、少年及新移民福利服務中心，以及各項政府委辦福利服務方案之委辦社福團體 ex. 家暴、高風險…等

財團法人育田社會福利慈善基金會 癌友家庭扶助轉介表

編號： (本會填寫)

| | | | | |
|-------------------------|---|---|---------------------|--|
| 轉介單位 | <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 社會福利服務中心 <input type="checkbox"/> 學校 <input type="checkbox"/> 社福團體 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | | |
| | 單位全銜：_____ | | 轉介人員：_____ (請註明職稱) | |
| | 電話：_____ 分機_____ | | 傳真：_____ MAIL：_____ | |
| 申請時間：_____年_____月_____日 | | 最近一次與個案會談日期：_____年_____月_____日 | | |
| 當事人基本資料 | 姓名 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 身份證/居留證號 | 出生年月日 _____年_____月_____日 |
| | 戶籍地址 | | | |
| | 通訊地址 | <input type="checkbox"/> 同上 | | |
| | 主要聯絡人 | <input type="checkbox"/> 同個案本人 | 關係 | 連絡電話 |
| | 家庭狀況 | <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 分居 扶養年邁雙親與未成年子女_____人 | 就業情形 經濟來源 | <input type="checkbox"/> 有工作： <input type="checkbox"/> 正職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工 ※平均月收入_____元 <input type="checkbox"/> 無工作：經濟來源_____ |
| | 居住情形 | <input type="checkbox"/> 自宅 (貸款：_____元/月) <input type="checkbox"/> 租屋 (租金：_____元/月) <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| | 診斷情形 | 診斷名稱：_____ 癌症期別： <input type="checkbox"/> 原位 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 安寧照護 | | |
| | 申請事由 | 對象： <input type="checkbox"/> 家計主要負擔者或 <input type="checkbox"/> 家中其他成員；情形： <input type="checkbox"/> 罹患癌症，仍在接受治療者； <input type="checkbox"/> 罹患癌症，接受安寧照護。 申請項目： <input type="checkbox"/> 營養品補助 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 交通補助 (請簡述申請事由，描述需本會協助之處) | | |
| 家庭成員及經濟概況 | ● 收入來源：全戶工作人口_____人；收入_____元/月 ● 目前存款總額(全戶人口)：_____元 ● 是否擁有 <input type="checkbox"/> 車輛_____台； <input type="checkbox"/> 房屋_____棟； <input type="checkbox"/> 土地_____筆 (請陳述案家成員概況，與工作人口的收入情形，並簡述案家基本開銷) | | | |
| 已取得資源協助情形 | 請敘明罹病後已接受或申請中之相關補助情形： 一、政府資源： <input type="checkbox"/> 低收入戶相關補助 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭補助 <input type="checkbox"/> 弱勢兒少 <input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 學產基金 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無 各項政府資源補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)： | | | |

家系圖 (請畫三代)

| | | | |
|---|--|------------------------------|----------------------|
| 已 取 得 資 源 協 助 情 形 | 二、保險給付： <input type="checkbox"/> 勞保給付 <input type="checkbox"/> 農漁保給付 <input type="checkbox"/> 私人醫療保險 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 無 <u>各項保險給付補助情形具體說明(含核發/申請時間及金額)：</u> 三、民間社福/慈善單位協助內容說明： (例如：陽光、慈濟、全聯、台癌/癌症希望基金會或是其他單位，並陳述從補助時程與補助內容) 四、親屬協助概況 | | |
| | | | |
| 疾 病 治 療 與 營 養 情 形 | 此次疾病治療為 <input type="checkbox"/> 確診後治療 <input type="checkbox"/> 復發後治療 <input type="checkbox"/> 其他_____ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 自費藥物 一、本次治療內容及相關醫療支出情形： 確診日期：____年__月__日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無手術，手術名稱：_____ 手術日期：____年__月__日 <input type="checkbox"/> 放射線治療，自____年__月__日起，共____次；現治療第____次。 <input type="checkbox"/> 化學治療，自____年__月__日起，共____次，頻率____周一次；現治療第____次。 <input type="checkbox"/> 標靶藥物 <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_____ 描述： 二、目前健康與營養攝取狀況： 健康狀況： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 需他人照護；進食狀況： <input type="checkbox"/> 灌食(鼻胃管/胃造口) <input type="checkbox"/> 吞嚥咀嚼不易 身高：____cm/體重：____kg/理想體重：____kg；近期體重變化： <input type="checkbox"/> 增加 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 減少____kg/____(月/週) 營養需求：建議每日攝取____瓶營養品(填妥上述資料，或檢附醫院/社福單位開立的營養評估表) 描述： | | |
| 其 他 | 1. 本會未補助醫療費用(含自費藥物、住院費用、輔具設備等)、機構費用、看護費用等，若轉介單位對補助內容有疑慮，可先聯繫本會社工討論個案狀況，再行轉介。 2. 因本會以轉帳方式撥付補助款項，若通過補助則須提供存摺封面影本(郵局或華南銀行)請告知 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 有銀行帳戶凍結、或強制扣款情形 | | |
| 簽 章 | ◆ 本申請文件中有關當事人及其家庭之基本資料、急難事由、證明文件均係據實提供，當事人及其家屬同意本會以電話或實地進行訪視，訪視時係由本人或家屬據實陳述，如有不實，願自負法律責任，並返還補助金。 ◆ 同意本會如有基於個案評估及審核之必要，得查詢或調閱當事人及家屬之戶籍、財稅或核對其他補助資料。 | 當事人 (必填) | (簽章) |
| 檢 附 文 件 | 必須檢附文件： <input type="checkbox"/> 本會轉介單 <input type="checkbox"/> 戶籍謄本/戶口名簿影本 <input type="checkbox"/> 最近一次癌症醫療診斷書 <input type="checkbox"/> 國稅局財產、所得證明 <input type="checkbox"/> 中低收入戶證明 相關證明文件： <input type="checkbox"/> 身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 在學證明 <input type="checkbox"/> 營養需求說明 <input type="checkbox"/> 其他_____ 無須提供醫療收據 | 轉介單位 單位主管 轉介單位 承辦人員 | (核章) (核章) |

*轉介單位請詳閱扶助辦法，確實填寫表列項目，並將此表單與檢附文件，以下列方式寄送至基金會，並來電本會確認：總會:03-3285188；東區辦事處 03-8630007

1.郵寄：總會-33376 桃園市龜山區文東五街 37 巷 37 號 2 樓 // 東區辦事處 97053 花蓮縣花蓮市自由街 150 號 3 樓之 5

2.傳真：總會 03-328-7258 東區辦事處 03-863-0017

3.服務區域：東區辦事處(宜蘭、花蓮、台東)；總會(其他區域)



「育田基金會—整聊師，整理您的家，也整理您的心」簡章

112.02.01 公告實施

一、緣起：

育田基金會推行癌友扶助計畫，從急難救助、營養品提供、交通補助到心理支持，秉持全方位照顧癌友到提升生活品質，「整聊師，整理您的家，也整理您的心」活動執行透過「聊天」與「整理」，希望癌友在治療的這段過程，每天背負著治療後的疲勞體態，想要好好改變生活，回到家也能面對令人感到舒適居住環境。

二、目標：

- (一) 協助癌友整理，找回生活秩序
- (二) 幫助癌友整理家裡，解決困擾
- (三) 整理居家環境，為心情帶來正面影響
- (四) 透過分類、收納教學，帶給癌友新的生活技能

三、活動對象(預計徵選兩組)

申請者本人、直系血親或是主要照顧者罹癌，正在接受治療中，導致家中經濟陷入困難，且需符合有意願居家整理，並非把本服務做居家清潔使用，且無家庭應計列人口之利息所得合計逾1萬元。

四、申請時間：

即日起至 112.11.30 止(將視實際情況，額滿提前截止)，審核結果本會主動聯繫獲選者，未獲選將不會收到通知。



五、申請方式：

自行至本會官網(www.mercyland.org.tw)下載簡章及申請表,填寫後,連同檢附文件寄至 mercyland.service@gmail.com,註明申請「育田基金會居家整聊徵選—XXX(姓名)」

檢附文件

(1)居家整聊師活動申請表；(2)罹癌診斷證明書影本或是重大傷病核定審查通知書；(3)全戶人口之綜合所得稅各類所得清單及財產歸屬清單影本*指最近一次經稅捐稽徵機關核定之最近一年度綜合所得稅家戶利息所得總額；若社福單位協助轉介者，免附所得與財產清單；(4)居家空間照片；(5)肖像權使用同意書。

六、活動內容：

- (一) 整聊師協助癌友與家人一起斷捨離，恢復居家環境原有的秩序。
- (二) 檢視過度的堆積物品，容易影響生活動線和安全。
- (三) 整理出一個能讓自己靜下心來的生活空間。

七、*防疫措施(COVID-19)

- (一)為維護各位參與人員的健康，活動前若身體不適者，主動告知活動取消/延期。
- (二)活動當天，請落實配戴口罩，並提供快篩陰性證明。

八、預期效益：

- (一)提昇社會大眾對於癌友弱勢家庭的關心。
- (二)育田基金會服務多元化。
- (三)加強癌友網路單位合作的夥伴關係。
- (四)帶給癌友家庭幸福的居家生活。



九、 注意事項

- (一) 報名活動的同時，代表您已同意本會在活動過程中之錄影、相片，用於相關活動之宣傳與播放活動上。
- (二) 經書面審查後，申請者須配合本會家庭訪視或電話訪談。
- (三) 申請表內容未填寫齊全或資料不全者，將排除審核資格，不另行通知；申請文件將由本會妥善保存，不予寄還。
- (四) 活動辦理時間獲選者須協調配合，主辦單位保有隨時修改及終止本活動之權利。

※備註、以上若有未竟事宜，歡迎隨時與本會聯繫，洽詢電話:03-328-5188#115 育田基金會



附件一——

「育田基金會—整聊師，整理您的家，也整理您的心」申請表

| | | | |
|-------------------------|---|-------|--|
| 如何得知此活動訊息 | <input type="checkbox"/> 醫院 <input type="checkbox"/> 網路/FB <input type="checkbox"/> 社會局/社福中心 <input type="checkbox"/> 社福單位_____ | | |
| 申請人姓名(*與個案關係) | | 申請人電話 | |
| 申請人 E-mail | | | |
| 個案姓名 | | 個案手機 | |
| 個案狀態及 <u>申請動機</u> 簡述 | 就診醫院：_____疾病名稱：_____癌 | | |
| | 確診日期：(民國)____年____月____日 <input type="checkbox"/> 零期 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 不詳 | | |
| | 說明申請事由： | | |
| 福利身份 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 低收 <input type="checkbox"/> 中低收 <input type="checkbox"/> 特殊境遇家庭 <input type="checkbox"/> 弱勢家庭兒少 <input type="checkbox"/> 家庭成員領有身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 其他_____ | | |
| 居住地址 | | | |
| 期待整理時間 *活動時間約需8小時 | <input type="checkbox"/> 星期二 <input type="checkbox"/> 星期三 <input type="checkbox"/> 星期四 <input type="checkbox"/> 星期五 | | |
| 家中人數/成員 | | 備註 | |
| 想整理的區域 | <input type="checkbox"/> 套房 <input type="checkbox"/> 客廳 <input type="checkbox"/> 飯廳、廚房 <input type="checkbox"/> 衛浴 <input type="checkbox"/> 衣櫃、衣物間 <input type="checkbox"/> 臥室 <input type="checkbox"/> 儲物間 <input type="checkbox"/> 其他：(請詳細說明)_____ | | |



請提供空間「照片」

*4-6 張不同角度照片



肖像權使用同意書



財團法人育田社會福利慈善基金會
Mercy land welfare and Social Service Foundation

育田基金會—課程申請

【112 年課程資訊】，歡迎分享我們的活動訊息

◆當家人生病時，我該怎麼辦？◆培養同理心與溝通技巧

緣起—

罹病過程是一場長期戰役，究竟要怎麼陪伴，據報導親友的焦慮並不比病人少，看著心愛的人受苦卻幫不上忙，會有很大的無力感，溝通是需要技巧跟學習的。

■課程特色(建議授課年齡：*含國小3年級以上~)

- 同理一個人生病的心境變換，需要的是甚麼？
- 身旁的我該如何做可以更好？
- 溝通技巧提升，更能理解病人，好好陪伴及照顧他人。

◆表單填寫說明◆

1. 聯絡資料中「學校名稱/單位/企業」

請填寫學校/單位/企業完整名稱(縣市+鄉鎮市區+校名)

2. 分階課程(一節課 40-50 分鐘)

A. 宣導課程(一節課)，對象：一般民眾、學生

B. 進階課程(兩節課)，

對象：★對諮商、輔導有興趣的志工、一般民眾、學生、教師，社工/醫事人員

3. 參與人數下限：一個班級/單位

4. 課程申請結果以電子郵件通知。

※有任何問題，歡迎與我們聯繫

➤社資處 DANNY 03-328-5188#115

➤yetan16@mercyland.org.tw

活動詳情
請掃 QR CODE

