

中華民國紅十字會台灣省嘉義縣支會

103 學年度「助學圓夢計畫」轉介單

申請人姓名		性別		出生年月日	年	月	日	身分證字號	
戶籍住址	嘉義縣								
通訊地址								聯絡電話	
父親姓名		電話		母親		電話			
就讀學校	國民小學			年級、班別		年		班	
緊急聯絡人		關係		是否同住	☐ 是 ☐ 否		身分證字號		
聯絡地址								電話	
個案類型	☐ 父母雙亡 ☐ 父(母)死亡 ☐ 父(母)不負責任 ☐ 父(母)精神失常 ☐ 父(母)殘障 ☐ 父(母)入獄 ☐ 父(母)久病不癒 ☐ 其他()								
案件來源	☐ 個案自行申請 ☐				轉介		申請日期	年 月 日	
轉介人姓名		關係		聯絡電話		地址			
轉介原因(不敷使用可浮貼):									
家庭經濟狀況	收入	1. 家庭所得(不含外界救濟):							
		2. 中、低收入戶資格: ☐ 無、 ☐ 一款、 ☐ 二款、 ☐ 三款, 每月補助 元							
		3. 其他機構補助: 機構名稱: 計補助: 元/月 ☐ 無							
	支出	1. 基本生活費: 元							
		2. 房屋: ☐ 自有、 ☐ 租賃, 每月租金 元							
		3. 負債: 內容:							
		4. 其他支出:							
	轉介者: (簽章)				申請人: (簽章)				
				家長或監護人: (簽章)					
初審結果: ☐ 符合 ☐ 不符合 (此欄由本會填寫)									

※如不敷使用, 請自行影印

