

嘉義市政府  
有社會救助需要的個人或家庭通報表

編號：

個案姓名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期		聯絡電話	
身分證號			
聯絡地址			
需求評估(可複選)	<input type="checkbox"/> 急難救助 <input type="checkbox"/> 醫療補助 <input type="checkbox"/> 長期生活扶助		
家庭狀況概述	(1)家庭人口數及其就業狀況：  (2)家庭成員健康情形：  (3)全家每月收入：		
目前領取之補助項及金額			
通報單位資料			
單位名稱		承辦人員	
聯絡電話		傳真電話	
E-mail Add.			
單位地址			
填表日期	年 月 日	單位主管	

-----回-----覆-----單-----

受通報單位	_____縣(市)政府社會局(處)		
處理情形：			
<input type="checkbox"/> 開案處理。處理情形：_____			
<input type="checkbox"/> 轉介其他福利方案，方案名稱：_____，受理轉介單位：_____			
<input type="checkbox"/> 無需提供服務，原因：_____			
聯絡人		聯絡電話	
單位主管		聯絡電話	
傳真電話		回覆日期	年 月 日