

財團法人台北市失親兒福利基金會 函

總會地址：10585 台北市松山區寶清街 18-3 號
花蓮服務處：970014 花蓮縣花蓮市中山路 627 巷 1 號
聯絡人：林玉華 社工
電話：(03)888-2472
傳真：(03)888-7472

973037 花蓮縣吉安鄉東海十街 3 號

受文者：花蓮縣立化仁國民中學

發文日期：中華民國 111 年 11 月 29 日

發文字號：(111)北基恩字第 111127 號

速別：普通件

附件：財團法人失親兒福利基金會個案申請表格

主旨：懇請 貴校協助提出需要協助之兒少，申請本會之福利服務，敬請
惠予賜覆。

說明：

- 一、 本會以「增進失親兒福祉、宏揚人性愛心、結合社會善心人士、關心失親兒全人發展」為宗旨，服務父母雙亡或其中一方過世之十八歲以下，全國住家失親兒童、少年，並以愛心真誠關懷、專業的服務，鼓勵失親兒童少年勇敢面對人生的困境。
- 二、 本會藉由專業的社工服務，提供失親兒少急難救助、獎助學金、心理輔導、品格教育、醫療補助、原生家庭重建等相關服務，期待藉此幫助一個破碎的家庭，重建家庭功能。
- 三、 敬請 貴校協助提出需要協助的失親兒少，填寫本會的「個案申請表」，傳真至本會玉里服務站、傳真：(03)8887472，本會收件後將立即處理，提供服務。

正 本：花蓮縣立化仁國民中學
副 本：財團法人台北市失親兒福利基金會

董事長 黃寶慈

個案申請表

花蓮服務處

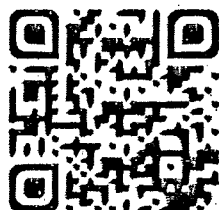
地址：花蓮市中山路 627 巷 1 號

電話：(03)8235-472

傳真：(03)8330-162

Email：iwan.t@orphan.org.tw

基 本 資 料 申 請 人	姓 名		性 別	☐ 男 ☐ 女	生 日	年 月 日	
	就讀學校		年 級		科 系		
	失親情況	☐ 父歿 ☐ 母歿 ☐ 父母雙亡			現主要照顧者姓名：		關係：
	現居地址					電話	
						手機	
	案主狀況 (請勾選)	1.學習表現： ☐ 正常 ☐ 成績落後 ☐ 作業遲(未)交 ☐ 經常請假 ☐ 學習障礙 2.身心表現： ☐ 正常 ☐ 情緒問題 ☐ 偏差行為 ☐ 身心障礙手冊(類別：_____等級_____) 3.成長現況： ☐ 正常 ☐ 營養不良 ☐ 過度肥胖 ☐ 三餐不正常 4.關係現況： ☐ 正常 ☐ 親子關係緊張 ☐ 同學(友伴)關係疏離					
	申請單位	☐ 教育 ☐ 社政 ☐ 醫院 ☐ 衛政 ☐ 警政 ☐ 防治中心 ☐ 民政 ☐ 無 ☐ 其他_____					
申請人員	☐ 教職人員 ☐ 社工人員 ☐ 醫事人員 ☐ 村里幹事 ☐ 親屬朋友 ☐ 其他_____						
單位名稱					受理單位是否需回覆申請單位		是 ☐ 否 ☐
姓 名			職稱 (或關係)		電話		
申請時間	年 月 日						
審核結果： ☐ 同意開案 ☐ 不開案，說明：_____							
簽 核：主任/副主任/督導：_____ 主責社工：_____							



失親兒基金會花蓮服務處

FB 社團 QRCode