

財團法人台灣賽珍珠社會福利基金會高雄分會(籌)

地址:104 台北市中山區長春路 232 號 4 樓

聯絡人: 社資組長 夏鳳筠

e-mail: psbf13@psbf.org.tw

電話: (02)2504-8088分機13



轉介單可掃描
QRcode填寫

轉介單

轉介日期: 年 月 日

轉介單位				聯絡電話	
轉介人員				傳真	
兒少姓名				學校和年級	
新住民家長 姓名				新住民家長 國籍	
聯絡地址	高雄市 _____ 區 _____ 村(里) _____ 路 _____ 號				
主要聯絡人 (照顧者)		與兒少 關係		聯絡 電話	家用: 手機:
家庭型態	<input type="checkbox"/> 父母雙方或一方死亡。 <input type="checkbox"/> 父母健在 <input type="checkbox"/> 父或母其中一方罹患重大傷病/身心障礙, 致無法工作。 <input type="checkbox"/> 因離婚, 由父或母一方獨自扶養。 <input type="checkbox"/> 父或母其中一人入監服刑, 且刑期 1 年以上。 _				
家庭成員描述	一、家庭人數: _____ 人 二、家庭成員: <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 哥 _____ 人 <input type="checkbox"/> 弟 _____ 人 <input type="checkbox"/> 姊 _____ 人 <input type="checkbox"/> 妹 _____ 人 <input type="checkbox"/> 其他 (請說明: _____)				
家庭主要困境	(家庭經濟情況、所面臨的問題...)				

申請助養可提 供資料 (可複選)	<input type="checkbox"/> 戶口名簿或戶籍謄本(必備) <input type="checkbox"/> 全戶綜合所得稅各類所得資料清單 <input type="checkbox"/> 全戶財產清單 <input type="checkbox"/> 低收/中低收證明(無則免付) <input type="checkbox"/> 重大傷病/身心障礙證明 <input type="checkbox"/> 其他
------------------------	---

說明：填寫後請回傳 psbf13@psbf.org.tw 並電話聯繫夏組長確認。