

# 南投縣政府社會救助需求通報表

編號：

個案姓名		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
出生日期	年 月 日	聯絡電話	(家)
身份證字號			(手機)
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 <input type="checkbox"/> 其他協助 _____		
家庭狀況概述			
目前領取之補助項目及金額			

## 通 報 單 位 資 料

單位名稱			
通報人員			聯絡電話
			傳真電話
電子信箱			
單位地址			
單位主管		填表日期	年 月 日

-----回-----覆-----單-----

受通報單位	<u>南投縣政府社會及勞動處</u>		
處理情形	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	
		傳真電話	049-2230276
單位主管		回覆日期	年 月 日