

財團法人永長興社會福利慈善基金會

114 學年度醫學院學生急難救助辦法

2025.10 制定

一、目的

本會關懷弱勢家庭學生因家庭突逢變故，致生活及就學陷入困境，給予即時幫助度過難關，因而制定此辦法。

二、適用對象

1. 本會合作醫學院之在校生，因家庭經濟突逢變故而影響其就學及生活者。
2. 透過轉介之急難救助需求之學生。

三、申請內容及方式

1. 由學校依學生家庭需求，提供 2 萬元以內補助金，每一季需提供相關文件，存留予本會進行審查，每人每事件限申請一次。
2. 如遇特殊狀況，經本會評估後補助則不受前述限制。

四、申請時應檢具之證明文件

1. 本會轉介申請表
2. 近三個月內全戶戶籍謄本影本(需有記事欄)
3. 急難事件佐證資料

五、應於事實發生之日起六個月內提出申請。但有特殊原因未能依規定期限辦理，經申請單位專案報本會核定者，不在此限。

六、本會保留變更或修正此計畫內容之權益。

註：本表需由學校或社福單位填寫，不受理個人申請。

轉介單位	轉介人	連絡電話
學生姓名	出生年月日	身份證字號
就讀學校 科系年級	連絡電話	監護人姓名 關係
監護人電話	聯絡地址	
一、家庭概況（含家庭成員說明、經濟狀況、相關福利身分）		
二、急難事由說明		
三、學校已辦理急難救助措施說明（如：申請學產基金、學校急難救助／金額）		
補助金額 <input type="checkbox"/> 5,000 元 <input type="checkbox"/> 10,000 元 <input type="checkbox"/> 15,000 元 <input type="checkbox"/> 20,000 元	轉介人員	單位主管

財團法人永長興社會福利慈善基金會

在學學生急難救助轉介申請表

個人資料運用聲明暨同意書

- I. 本人同意提供個人資料、家庭成員概況予「財團法人永長興社會福利慈善基金會」與第三方查詢，供審核使用。
- II. 本人得以個針對個人資料行使請求查詢、閱覽、補充、更正；請求發給複製本；請求停止蒐集、處理或利用及刪除等個人資料保護法第3條之當事人權利。但若未完整提供個人資料將影響本人審核結果。

簽章： (必填) 監護人： (與學生關係：)

※依個資法第九條「免告知義務」說明 若案主或監護人已簽名請略過

至今仍不知其監護人為何人（或無法聯繫），為免損害學生接受濟助審查權利，及促進社會公益，故未向其告知以上兩點事項。另為免影響審核結果，同意提供學生資料、家庭成員概況並同意「財團法人永長興社會福利慈善基金會」與第三方查詢，請各相關單位配合協助學生度過難關。

承辦人： 日期：