

台灣全人照顧協會帕金森氏症病友支持計畫 申請辦法

為幫助帕金森氏症病友重拾生活品質，本會特提供病友支持計畫以減輕家庭負擔。

補助對象 經臨床定義為帕金森氏症患者
(備註：限具健保身分者提出申請)

受理日期

自公告日起至2020年12月31日(以郵戳為憑)，符合審查資格者預計於14個工作日內完成撥款。

補助金額

以實支實付方式補助1個月療程，憑用藥收據全額補助

申請流程

1.請備齊附件資料

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 補助計畫之申請表(本表) | <input type="checkbox"/> 醫師處方籤(需有醫師蓋章或簽名) |
| <input type="checkbox"/> 個人資料告知暨同意書 | <input type="checkbox"/> 用藥收據 |
| <input type="checkbox"/> 診斷證明書(須由醫師提供) | |

※相關需求文件請至活動頁面下載

2.寄送文件、等待審核

將申請文件以信封袋密封，註明以下收件單位和地址後寄出。協會將於收件後7個工作天內回覆審查結果。

地址：(10041) 台北市中正區忠孝西路一段72號9F之11

收件人：社團法人台灣全人照顧協會「帕金森氏症病友支持計畫專案小組」收

電話：(02)2371-0042

3.協會審核通過

4.協會撥款後，將以簡訊或電話通知

注意事項

- 1.補助名額：限額 400名，審查以到件順序為主，額滿為止。
- 2.補助申請每人以一次為限，補助申請通過與否，以及相關補助金額，由本會審核並視個案狀況予以核定。
- 3.申請人所提供之資料受到個人資料保護法之保護。
- 4.專案小組收到資料後，將於24小時內與您聯絡，確認收件。
- 5.所有申請文件不論通過補助與否，一律不予退件，如有需要請自行留存備份。
- 6.如有未盡詳細事宜，以主辦單位公告為主，主辦單位保留修改補助辦法之權利。

我已充分了解本活動之相關內容及流程，並願意提供以上所需申請文件及資料，予社團法人台灣全人照顧協會對個案之個人資料為蒐集與處理之用。(如當事人無行為能力，請由家屬簽名)

申請人簽名： _____ 關係： _____ (未簽名不予受理)

帕金森氏症病友支持計畫 申請表

申請日期： 年 月 日		編號(本會填寫)：		
就單 診位	醫院名稱：	主治醫師：		
治療 現況				
申請人 基本 資料	申請人姓名：	性別：	出生年月日：	電話：
	聯絡地址：			手機：
	電子郵件：			
	緊急聯絡人：	與申請人關係：	手機：	
	就業狀況： <input type="checkbox"/> 未就業(原因： <input type="checkbox"/> 1.未達就業年齡 <input type="checkbox"/> 2.年邁無法工作 <input type="checkbox"/> 3.因疾病無工作能力 <input type="checkbox"/> 4.無工作技能 <input type="checkbox"/> 5.缺乏工作機會 <input type="checkbox"/> 6.無工作意願 <input type="checkbox"/> 7.其他 _____)			
	<input type="checkbox"/> 就業中(<input type="checkbox"/> 正職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工)(工作收入：_____) <input type="checkbox"/> 待業中 <input type="checkbox"/> 退休			
	家居狀況： <input type="checkbox"/> 與家人同住(註明家庭成員)_____ <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	主要照顧者： <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 同居人 <input type="checkbox"/> 朋友 <input type="checkbox"/> 其他 _____			
	申請人銀行/郵局帳戶名稱		分行	
	帳號(限申請人本人帳戶)			
身分證影本				
浮貼身分證正面		浮貼身份證反面		
資料 附	※檢附文件若為副本，請轉介人於副本文件每頁蓋職章或簽名+單位章※			
	<input type="checkbox"/> 1.申請表(本表) <input type="checkbox"/> 2.個人資料告知暨同意書 <input type="checkbox"/> 3.醫院診斷證明書正本(申請日期6個月內，可註明治療計畫) <input type="checkbox"/> 4.醫師處方籤(需有醫師蓋章或簽名) <input type="checkbox"/> 5.用藥收據			
以下由協會人員填寫				
收件日期：		經辦人：		
審查結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過，原因：_____				