

臺南市經濟弱勢家庭物資申請及評估表

受理單位：_____ 受理日期： 年 月 日

申請人基本資料	申請人姓名：		身分證字號：		
	聯絡電話：		行動電話：		生日： 年 月 日
	居住地址：臺南市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	戶籍地址：臺南市 區 里 鄰 路(街) 段 巷 弄 號 樓之				
	家庭人口數及人口概況		家庭人口數____人、家庭就業人數____人、家中未滿6歲兒童__人、家庭6-18歲____人、家中65歲以上____人、身心障礙人口____人		
案件來源	<input type="checkbox"/> 民眾主動申請 <input type="checkbox"/> 1957 通報 <input type="checkbox"/> 1999 通報 <input type="checkbox"/> 轉介：_____ (請註明)				
案家概況簡述	申請原因說明：(第____次申請) 物資需求及數量： 1. 食品類： <input type="checkbox"/> 米 <input type="checkbox"/> 麵條 <input type="checkbox"/> 泡麵 <input type="checkbox"/> 罐頭類 <input type="checkbox"/> 乾糧 <input type="checkbox"/> 奶粉或副食品等 2. 用品類： <input type="checkbox"/> 洗衣粉 <input type="checkbox"/> 沐浴乳 <input type="checkbox"/> 牙膏 <input type="checkbox"/> 衛生紙等日用品 3. 其他： <input type="checkbox"/> 窗簾 <input type="checkbox"/> _____ 說明：_____				
如有基於評估、徵信及審核之必要，本人同意貴單位得調閱本人及家屬之戶籍、財稅或福利申領相關資料。 申請人簽章：_____					
審核結果	發放 <input type="checkbox"/> 3個月 <input type="checkbox"/> 6個月				
承辦人員		督 導		單位主管	