**社團法人臺中市護理師護士公會**

106.6.26制定

111.11.9第27屆第1次會員委員會修訂

111.11.16第27屆第3次理監事聯席會議通過

112.12.6第27屆第2次會員委員會修訂

會員關懷作業辦法

1. 目的：

為對因故傷殘與發生重大災害(如地震、風災、水災、火災等)之本會活動會員，能及時得到關懷與慰問，特訂定會員關懷作業辦法（以下簡稱本辦法）。

1. 對象：本會活動會員
2. 關懷慰問內容
3. 協助符合全聯會「會員傷殘慰問金」之資格者進行申請，申請表見本會網頁<https://www.tcnurse.org.tw/Default.aspx>>>會員專區>>會員福利下載。
4. 罹患重大傷病或領有殘障手冊住院治療者，給予慰問金新台幣2,000元整，該年度乙次為限。
5. 急難救助：會員因重大災害(如地震、風災、火災、水災等)致個人重度傷殘者，檢具相關證明文件向本會提出專案申請以新台幣6,000元為限。
6. 上述需於事實發生日起六個月內向本會提出申請。
7. 申請程序：檢附申請表及以下資料
8. 全聯會「會員傷殘慰問金」者：填妥全聯會申請表、**重大傷病核定審查通知書或殘障手冊(證明文件二擇一)**。
9. 罹患重大傷病或領有殘障手冊之住院者：填妥會員關懷慰問金申請表、領據，檢附住院診斷證明書及**重大傷病核定審查通知書或殘障手冊**、申請人帳戶存摺封面影本。
10. 急難救助：填妥會員關懷慰問金申請表、領據，檢附證明資料及文件(事故現場照片)。
11. 申請資料寄至：407台中市西屯區四川路146號，臺中市護理師護士公會收。
12. 申請資料收件後，由總幹事初步審查，經會員委員會主任委員審查通過後，再經理事長審查通過後發給慰問金。
13. 本辦法經理監事會議通過後實施，修正時亦同；如有未盡事宜，將提至該會議討論議決辦理

**社團法人臺中市護理師護士公會**

附件 一

會員關懷慰問金申請單

112.12.6修改版

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 會員姓名 |  | | 會員號 | |  | |
| 身份證字號 |  | | 生日 | | 民國　　年　　月　　日 | |
| 服務單位/部門： | | | 服務單位電話及分機：  手機： | | | |
| 聯絡地址(必填)：  E MAIL(必填)： | | | | | | |
| 申請項目＊請於事實發生日起六個月內向本會提出申請  □罹患重大傷病或領有殘障手冊住院慰問：住院日期：　　年　　月　　日  □急難救助：因重大災害致個人重度傷殘者:□地震□風災□水災□火災□其他  發生日期：　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 戶　　　　　名：　　　　　　　　（需會員本人帳戶）  銀行(郵局)名稱：　　　　　　銀行　　　　　　分行　　　　必填  帳　　　　　號： | | | | | | |
| 申請人簽名： | | | | **申請日期：**　　年　　月　　日 | | |
| 公會審核：□符合□不符合，說明  審核日期：　　年　　月　　日 | | | | | | |
| 總幹事 | | 主任委員 | | | | 理事長 |

**社團法人臺中市護理師護士公會**

附件 二

領　　　　　　據

112.12.6修改版

|  |  |
| --- | --- |
| 領款事項及金額 | □罹患重大傷病住院＄2,000元(新臺幣貳仟元整)  □急難救助＄6,000元(新臺幣陸仟元整) |
| 領款人：  身份證號：  戶籍地址：  中華民國：　　　　年　　　　月　　　　日 | |

敬請台端務必提供「會員本人」金融機構存摺正面影本黏貼於下

金融機構存摺正面影本黏貼處