

高雄市政府社會局
幸福分享中心—高雄市實物銀行
物資需求評估表(合作單位/發放站用)

1. 新案申請 2. 派案回報

(PS: 續扶案填報成效評估表)

填表日期: 年 月 日

申請人基本資料	姓名		出生日期		身份證字號	
	地址				聯絡電話	
	家庭狀況	家庭人口數___人、家庭就業人數___人、年齡0-6個月嬰兒___人、7-12個月嬰兒___人、1歲-2歲幼兒___人、2-6歲兒童___人、6-18歲___人、65歲以上___人、家中身心障礙人口___人、重病者___人				
	家庭型態	<input type="checkbox"/> 1. 單親或失親家庭 <input type="checkbox"/> 2. 隔代教養家庭 <input type="checkbox"/> 3. 新移民家庭 <input type="checkbox"/> 4. 獨居家庭 <input type="checkbox"/> 5. 一般核心家庭				
	身分別	<input type="checkbox"/> 1. 中低收入家庭 <input type="checkbox"/> 2. 低收入家庭 <input type="checkbox"/> 3. 領有政府福利補助(非中低戶) <input type="checkbox"/> 4. 經社工評估之弱勢家庭				
	求助原因 (說明申請人受困狀況&勾選扶助原因;可複選)	因 <input type="checkbox"/> 1. 疾病致無工作能力 <input type="checkbox"/> 2. 主要生計者失業 <input type="checkbox"/> 3. 身心障礙無工作能力 <input type="checkbox"/> 4. 急難事件致生活陷困 <input type="checkbox"/> 5. 照顧人口眾多無以為繼 <input type="checkbox"/> 6. 家庭結構改變(離婚、死亡), 至家庭陷困。 補充說明:				
申請單位	服務建議	1. 案家特殊需求(ex. 有無特殊需求 奶粉 尿布? 是否需到宅輸送) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: _____ 2. 對於案家其他需求與服務的建議: _____ _____				
	單位名稱	(請蓋單位章)				
	單位地址				電話:	
					傳真:	
連絡人	職稱:	姓名:		主管:		

幸福分享中心-高雄市實物銀行

主辦單位：高雄市政府社會局

承辦單位：三民店(第一區)：社團法人高雄市慈善團體聯合總會

鳳山店(第二區)：社團法人高雄市社福慈善總會

三民店

鳳山店

服務時間：週二至週六 8：30 至 17：30

服務地點：高雄市三民區三民街 222 號 5 樓

服務電話：07-261-0125

傳真電話：07-261-0230

E-mail：ks.foodbank@gmail.com

聯絡人：黃上家專案管理人

服務時間：週二至週六 8：30 至 17：30

服務地點：高雄市鳳山區三民路 239 號

服務電話：07-748-1756

傳真電話：07-745-3017

E-mail：kcgfoodbank2@gmail.com

聯絡人：柯佳蓉專案管理人