

## 申請流程：

### 一、請備齊附件資料

1. 多發性骨髓瘤病友交通補助計畫申請表
2. 申請人身份證(正反)影本
3. 醫院之正本診斷證明書(限6個月內，需註明多發性骨髓瘤之診斷內容)
4. 低收入戶、中低收入戶影本或清寒證明文件

### 二、請依下列指示寄送本計畫之申請資料，並以信封袋密封後，限以郵局掛號寄至：

台灣癌症基金會「髓護計劃－交通補助專案小組」收  
(地址：807高雄市三民區九如二路150號9樓之1)

## 注意事項：

- 一、病友回診乘車時，請務必攜帶並使用乘車券，乘車券規格為三聯式，下車時，請將第一、二聯(白、黃色)交予司機，**第三聯(粉紅色)由病友留存。並於每月完成回診後，以掛號寄回該月份4次(共計8張)交通補助乘車券。**
- 二、專案小組收到資料後，將由專人與申請人聯絡。
- 三、本補助計畫因名額有限，符合補助資格者，則以到件先後順序為主，額滿為止。(專案小組將依郵戳日期或最後補件日為申請順序排序，為免影響權益，請於寄出前確認資料完整。)
- 四、已寄發之乘車券，若因保管不當造成毀損、遺失等情形，本會恕無法再次補發，請病友務必妥善保管。
- 五、回診前請先預約叫車，住家地點為偏遠地區之病友，請於前一天電話預約車輛，叫車專線請參閱乘車券內容。
- 六、乘車時如發生交通意外造成人員受傷時，將由車隊與司機負起相關法律責任及賠償。
- 七、如有未盡事宜，以主辦單位公告為主並將保留修改活動辦法之權利。如有任何疑問，請洽**諮詢專線：(07)311-9137 分機208 何小姐**

# 髓護計劃

## 多發性骨髓瘤 就醫交通補助



### 照顧你的行動安全

多發性骨髓瘤為源自骨髓漿細胞的血液惡性腫瘤。根據資料統計，台灣每年多發性骨髓瘤新增案例已超過500人，好發年齡約65至70歲之間，且男性多於女性，是屬於好發於老年人的疾病。雖然發生人數逐年增加，但死亡率從2007年起卻有逐漸下降的趨勢，原因在於近年來多發性骨髓瘤的診斷與治療進步快速，治療效果越來越理想，病患如能遵守醫囑好好配合治療計劃，不僅存活期能大幅延長，還可以幫助病患減輕症狀及改善生活品質。

多發性骨髓瘤病患好發於年長者，且因疾病本身易造成骨折等問題，降低高頻率回診病友持續就醫之意願，而使得治療成效不佳、影響預後。為使病患積極接受治療，台灣癌症基金會特辦理「多發性骨髓瘤病友交通補助專案」，提供經濟弱勢病友之交通補助，以協助病患積極完成療程，提升治療成效。

髓護計劃 (多發性骨髓瘤病友交通補助)

編號: \_\_\_\_\_ 申請表 填表日期: \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

就診 單位	醫院名稱:		轉介社工/個管師:		聯絡電話	
	申請人姓名	性別	出生日期	/ /	電話(住家)	
個 案 摘 要	聯絡地址		□□□		行動電話	
	上車地點		□如上 (非聯絡地址, 務必填寫上車地點)		就診醫院	
	親友代表人		姓名: _____ 與申請人關係: _____		聯絡電話: _____	
要	診斷與治療 (可請醫護人員協助填寫)		病別: <u>多發性骨髓瘤</u> 診斷時間: _____年____月 復發時間: _____年____月		目前治療方式: <input type="checkbox"/> 化學治療 <input type="checkbox"/> 標靶治療 <input type="checkbox"/> 其他藥物治療 <input type="checkbox"/> 骨髓移植	
			使用藥物名稱: <input type="checkbox"/> 萬科 <input type="checkbox"/> 賽得 <input type="checkbox"/> 瑞復美 <input type="checkbox"/> 其他: _____		治療起始日: _____年____月____日 回診頻率: 每週____次 / 每月____次	
			備註(其他疾病治療):			
	申請人 基本資料		教育程度: <input type="checkbox"/> 不識字 <input type="checkbox"/> 小學 <input type="checkbox"/> 國中 <input type="checkbox"/> 高中(職) <input type="checkbox"/> 專科 <input type="checkbox"/> 大學 <input type="checkbox"/> 研究所(或以上)		婚姻狀況: <input type="checkbox"/> 未婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 離異 <input type="checkbox"/> 喪偶	
		子女: _____人		家居狀況: <input type="checkbox"/> 與家人同住(請註明家庭成員) <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 養護機構		
		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"/> 看護 <input type="checkbox"/> 其他				
蒐集處理利用個人資料公告聲明: 「財團法人台灣癌症基金會」(以下簡稱本會), 今為合法取得您於申請表等文件所提供之姓名、聯絡方式等個人資料, 特此公告通知您下列法定事項: 1. 資料蒐集目的: 為執行本計劃之相關聯絡事項及寄送本會之活動訊息。2. 若您需要查詢、閱覽、補充、更正、複製、刪除或要求停止使用您上開個人資料, 敬請與我們聯繫。【請詳閱上述聲明後於右欄簽名, 始為同意加入癌友關懷及交通補助計劃】		簽名: _____				
身份證 影本	正面影本 請浮貼		反面影本 請浮貼			
乘車券核發紀錄 (由財團法人台灣癌症基金會填寫簽核)						
•資格審核: <input type="checkbox"/> 低收入/中低收入戶 <input type="checkbox"/> 清寒證明(單次來回上限1,000元) •車資計算: _____元						
日期	1	2	3	4	5	6
張數						
日期	9	10	11	12	13	14
張數						
備註						
簽核	督導		主任		承辦人	

•請於申請時再次確認資料是否備齊

1.必繳文件:(必要文件,請再次確認)

<input type="checkbox"/> 1. 髓護計劃-病友交通補助申請表	<input type="checkbox"/> 2. 申請人身份證正、反面影印本(請浮貼至本表上方)
<input type="checkbox"/> 3. 醫院之正本診斷證明書(限6個月內)	<input type="checkbox"/> 4. 政府核定之中低收入戶影本證明、區公所或村里長核發之清寒證明

請沿此虛線剪下, 將左邊報名表寄回

# 髓護計劃一

## 多發性骨髓瘤病友交通補助

申請時間:

即日起至2016年12月31日。

收案件數:

共計70件。(審查以收件順序為主, 額滿為止)

申請資格:

- 一、自計劃開始起之2016新診斷或復發之多發性骨髓瘤病患。
- 二、符合政府評估之低收入戶、中低收入戶資格或領取清寒證明之病患。
- 三、因多發性骨髓瘤藥物治療之高頻率回診需求, 每月最少需4次回診之病患。
- 四、因治療計畫變更, 經由就診醫院之專業人員或本會個管師評估後, 不再需要高頻率回診之病患, 將停止本補助計畫, 如恢復治療計畫者, 於計劃申請期限內, 可再重新提出申請(限一次)。

補助方式:

- 一、每回申請上限補助16次回診(來回共計32張), 此後還需持續高頻率治療之病患, 可再重新提出一回申請, 每人限申請2回, 最高補助32次回診(來回共計64張), 但仍須視收案件數與順序決定是否通過補助申請。
- 二、每月寄送「台灣大車隊」4次回診乘車補助(來回共計8張), 本會將先行估算病友住家到醫院之交通補助費用, 病友乘車時將採以跳表計費, 並依不同持有證明予以全額或部份補助。
  - 1.持有「低收入戶」、「中低收入戶」證明: 依實際乘車費用予以全額補助。
  - 2.領取村里長核發「清寒證明」: 單次來回交通補助額度最高上限為1,000元整。如跳表金額超出補助券金額時, 請病友必須自行補上差額; 若未超出者, 則不予退費。
- 三、每月完成回診後, 以掛號寄回該月份4次(共計8張)交通補助乘車券。由專案人員進行交通補助之核對及寄發下月乘車券。