

Tanggal Permohonan : __Hari__Bulan__Tahun ☐Permohonan Pertama ☐Bukan Permohonan Pertama

Data Anak	Nama		Nomor Identitas Penduduk											
			Tanggal Lahir	__Hari__Bulan__Tahun (☐ Keterlambatan Membaca) Lampirkan Surat Pemberitahuan Penundaan Masuk Sekolah		Identitas Suku Pribumi Taiwan ☐ Ya ☐ Tidak								
	Dokumen Kualifikasi	(Pilih salah satu untuk menyediakan data) ☐ Sertifikat(Buku)Disabilitas ☐ Laporan Evaluasi Komprehensif ☐ Surat Keterangan Diagnosis	Status Ekonomi	☐ Rumah Tangga Umum Atau Rumah Tangga Berpendapatan Rendah dan Menengah ☐ Rumah Tangga Berpendapatan Rendah		Menerima Subsidi Perawatan Harian Dan Perawatan Tinggal untuk Penyandang Disabilitas : ☐ Ada ☐ Tidak Ada (Jika Ada, Maka Tidak Dapat Mengajukan Subsidi Ini)								
	Alamat Tempat Tinggal	Kota New Taipei__Distrik__Jalan Raya (Jalan)__Bagian__Gang__Blok__No.__Lantai (Jika terjadi perubahan alamat, harap isi tanggal perubahan (__Hari__Bulan__Tahun), dan lampirkan Kartu Keluarga)												
	Alamat Korespondensi	☐ Alamat yang sama dengan Kartu Keluarga ☐ Lainnya_____												

Data Pemohon	Nama		Nomor Identitas Penduduk											
	Hubungan Dengan Anak	☐ Ayah ☐ Ibu ☐ Lembaga ☐ Pengasuh Utama(Hubungan_____) ☐ Orang Tua Keluarga Asuh ☐ Lainnya _____	Nomor Telepon Kontak	(Rumah/Kantor) (Telepon Seluler)										
			Warga Negara : ☐ Warga Negara Asli ☐ Warga Negara Asing _____ Pekerjaan : _____ Apakah Memiliki Bukti (Buku) Penyandang Disabilitas : ☐ Ada ☐ Tidak Ada											

Data Permohonan Bantuan	Bulan	Jumlah Kali	Jumlah Permohonan		Nama Unit Perawatan. (Silakan Diisi Dengan Benar) : 1. 2. 3.									
			Biaya Perawatan (Dibiayai Sendiri)	Biaya Transportasi (Asuransi Kesehatan)										
	Subtotal	Total Kalinya	Total_____Yuan	Total_____Yuan	Program Perawatan : ☐ Terapi Okupasi ☐ Terapi Fisik ☐ Terapi Bicara ☐ Terapi Psikologis ☐ Lainnya_____(Dapat Dipilih Beberapa)									
	No. Rekening Buku Tabungan Pos		No. Kantor Pos : Nama Pemilik Rekening : _____ Jenis Identitas : ☐ Pemohon yang Sama ☐ Anak-anak ☐ Lainnya _____ Nomor Identitas Penduduk: _____ (* Jika Nama Pemilik Rekening Bukan Pemohon Atau Anak, Harap Diisi Dengan Benar)											

1. Saya telah membaca dengan seksama isi formulir ini, setuju untuk memeriksa data kependudukan, dan akan memberikan semua informasi dan dokumen yang benar. Saya juga mengonfirmasi bahwa anak tersebut tidak menerima 'Bantuan Perawatan Harian dan Perawatan Tempat Tinggal bagi Penyandang Disabilitas' dari Kota New Taipei, dan tidak menggunakan 'Layanan Terapi Komunitas dan Terapi Rumah' yang disediakan oleh Dinas Sosial, yang tidak dapat diterima bersamaan dengan bantuan ini.
2. Bantuan ini hanya akan menerima satu permohonan per bulan. Jika perlu mengajukan lebih dari satu unit terapi, biaya bantuan untuk bulan yang sama harus diajukan secara bersamaan. Bulan yang sudah diajukan, terlepas dari apakah biaya bantuannya sudah mencapai batas maksimum, tidak akan menerima permohonan kedua.
3. Jika ada perubahan alamat, harap isi tanggal perubahan (hari, bulan, tahun), dan lampirkan Kartu Keluarga
4. Tanggal pengajuan, data anak, data pemohon, data permohonan subsidi, tanda tangan atau cap stempel pemohon (harus diisi lengkap).

Pemohon : _____ (Tanda Tangan atau Cap Stempel)

Hasil Verifikasi	(Diisi oleh Petugas Dinas Sosial) ☐ Disetujui (__Bulan~ __Bulan) , Dalam New Taiwan Dollar _____ Yuan. ☐ Tidak Disetujui , Alasan : _____	Cap Petugas Dinas Sosial
-------------------------	---	---------------------------------

Dokumen Yang Diperlukan Untuk Permohon-an	☐ 1. Formulir Permohonan (Setiap pengajuan harus melampirkan). ☐ 2. Salinan Sampul Buku Tabungan Pos (Harus dilampirkan untuk permohonan pertama tahun ini atau jika ada perubahan rekening; untuk permohonan bukan pertama, jika tidak ada perubahan data, tidak perlu dilampirkan). ☐ 3. Dokumen Perawatan : (1) Untuk mengajukan 'Biaya Perawatan', harus dilampirkan kuitansi pembayaran asli yang dikeluarkan oleh unit perawatan, yang harus mencantumkan tanggal perawatan, jenis perawatan, dan jumlah biaya. (2) Untuk mengajukan 'Biaya Transportasi', harus dilampirkan formulir catatan perawatan yang disediakan oleh pemerintah atau catatan terapi/rekam medis yang diberikan oleh unit perawatan. Formulir harus mencantumkan tanggal perawatan dan jenis perawatan, serta harus dibubuhi cap unit perawatan atau cap jabatan tenaga terapi. Jika tidak dicantumkan, pemerintah akan mengembalikan berkas untuk diperbaiki. ☐ 4. Salinan Surat Keterangan Diagnosis Keterlambatan Perkembangan atau Laporan Komprehensif yang dikeluarkan oleh rumah sakit penilaian yang masih berlaku (Pemegang bukti disabilitas/buku salinan, atau yang sebelumnya telah melampirkan dokumen kualifikasi yang masih berlaku dapat dikecualikan dari persyaratan ini). ☐ 5. Dokumen Lain (Jika Tidak Ada, Tidak Perlu Dilampirkan) : (1) Salinan Surat Pemberitahuan Penundaan Masuk Sekolah. (2) Untuk keluarga asuh atau lembaga penempatan asuh, harus dilampirkan dokumen bukti terkait penempatan yang ditugaskan oleh pemerintah. (3) Bagi yang mendelegasikan orang lain untuk mengurus atau mengambil bantuan, harus melampirkan Surat Kuasa untuk Bantuan Perawatan Anak dengan Keterlambatan Perkembangan. (4) Lampirkan kartu keluarga (jika ada perubahan alamat , harus dilampirkan dokumen terkait).
--	---

Batas Waktu Permohonan	Bulan Perawatan	Periode Pendaftaran	Bulan Perawatan	Periode Pendaftaran
	Januari	Dari 1 Februari hingga sebelum 30 April	Juli	Dari 1 Agustus hingga sebelum 31 Oktober
	Februari	Dari 1 Maret hingga sebelum 31 Mei	Agustus	Dari 1 September hingga sebelum 30 November
	Maret	Dari 1 April hingga sebelum 30 Juni	September	Dari 1 Oktober hingga sebelum 31 Desember
	April	Dari 1 Mei hingga sebelum 31 Juli	Oktober	Dari 1 November hingga sebelum 31 Januari tahun berikutnya
	Mei	Dari 1 Juni hingga sebelum 31 Agustus	November	Dari 1 Desember hingga sebelum 28 Februari tahun berikutnya
	Juni	Dari 1 Juli hingga sebelum 30 September	Desember	Dari 1 Januari tahun berikutnya hingga sebelum 31 Maret
Ringkasan Isi Bantuan	1.Objek bantuan: Anak-anak yang terdaftar di kota ini dan belum mencapai usia sekolah, atau anak-anak dengan disabilitas fisik dan mental, keterlambatan perkembangan, atau yang diduga mengalami keterlambatan perkembangan. 2.Proyek bantuan : (1)Biaya pelatihan perawatan : Biaya perawatan yang diterima di unit yang ditentukan oleh pemerintah setempat yang tidak ditanggung oleh asuransi kesehatan atau dibayar sepenuhnya secara mandiri. (2)Biaya subsidi transportasi : Untuk perawatan yang diterima di unit yang ditentukan oleh pemerintah setempat dan ditanggung oleh asuransi kesehatan, setiap kali diberikan subsidi sebesar NT\$200. (3)Bantuan ini tidak mencakup biaya pemeriksaan, rawat jalan, evaluasi, pendaftaran, obat-obatan, dan biaya terkait lainnya. 3.Standar bantuan : Biaya perawatan dan biaya transportasi dihitung secara gabungan, dengan jumlah maksimum subsidi per orang per bulan sebesar NT\$4.000; untuk anak-anak dari keluarga berpenghasilan rendah dan yang ditempatkan di keluarga asuh atau lembaga perawatan oleh pemerintah setempat, jumlah maksimum subsidi per orang per bulan adalah NT\$6.000 (dua kali proyek perawatan yang dilakukan pada hari yang sama di tempat yang sama dihitung sebagai satu kali). 4.Bantuan ini harus diajukan dalam waktu 3 bulan mulai bulan berikutnya setelah perawatan, dengan cap pos sebagai bukti. Batas waktu untuk pengajuan secara online mengikuti ketentuan yang sama dengan pengajuan secara fisik, dan permohonan yang terlambat tidak akan diproses. 5.Jika ada hal-hal yang belum diatur, akan mengacu pada rencana pelaksanaan yang diumumkan.			
Cara Pengajuan	Dikirimkan dengan cara terdaftar ke : 220242新北市板橋區中山路1段161號25樓 新北市政府社會局收			
Nomor Telepon Untuk Pertanyaan	Pertanyaan terkait bantuan perawatan : (02)2960-3456 ext.3660、3652、3662、3859 Layanan perawatan awal lainnya : (02)2955-0885 Pusat Pengembangan Kesehatan Anak Pemerintah Kota New Taipei			 兒童健康發展中心FB
Formulir terkait bantuan ini dapat diunduh di situs web Dinas Sosial pemerintah setempat 【http://www.sw.ntpc.gov.tw/ 福利專區－兒童健康發展/早期療育－發展遲緩兒童療育補助(早療交通費或療育費)】下載使用。				 申請表單在這裡

新北市政府發展遲緩兒童療育補助申請書

申請日期： 年 月 日 ☐首次申請 ☐非首次申請

兒童資料	姓名	身分證統一編號													
		出生日期	民國 年 月 日	原住民身分		☐ 是 ☐ 否									
	資格文件	☐ 身心障礙證明(手冊) ☐ 綜合評估報告書 ☐ 診斷證明書	擇一檢附	經濟身分	☐ 一般戶或中低收入戶 ☐ 低收入戶		領取身心障礙者日間照顧及住宿式照顧補助： ☐ 有 ☐ 無 (如有，則不可申領本補助)								
	戶籍地址	新北市 區 路(街) 段 巷 弄 號 樓 (如變更戶籍地，變更時間 年 月 日，並檢附戶口名簿)													
	通訊地址	☐ 同戶籍地址 ☐ 其他													

申請人資料	姓名	身分證統一編號												
	與兒童關係	☐ 父 ☐ 母 ☐ 機構 ☐ 主要照顧者(關係) ☐ 寄養家庭父母親 ☐ 其他		聯絡電話	(日) (行)									
				國籍： ☐ 本國 ☐ 外籍 職業： 是否領有身心障礙證明(手冊)： ☐ 有 ☐ 無										

申請補助資料	月份	次數	申請金額		療育單位名稱(請確實填寫)：									
			療育費(自費)	交通費(健保)	1. 2. 3.									
					療育項目： ☐ 職能治療 ☐ 物理治療 ☐ 語言治療 ☐ 心理治療 ☐ 其他 (可複選)									
	小計	共 次	共 元	共 元										
	郵局存摺局帳號		局號： 帳號： 戶名： 身分別： ☐ 同申請人 ☐ 兒童 ☐ 其他 身分證統一編號： (*如戶名非申請人或兒童，請務必填寫)											

- 本人已詳讀本表內容，同意代為查調戶籍資料，且據實提供各項資料及文件，並確認兒童未領有新北市「身心障礙者日間照顧及住宿式照顧補助」、未使用本府社會局提供之「社區療育服務之定點療育及到宅療育」等不得與本補助重複領取之費用或服務。
 - 本補助同一月份僅受理申請1次，如須申請兩間以上療育單位，同月份之補助費用須合併申請，已申請過之月份不論補助費用是否已達上限，均不再受理第2次申請。
 - 如有變更戶籍地，請填寫變更日期(年月日)，並檢附戶口名簿。
 - 申請日期、兒童資料、申請人資料、申請補助資料、申請人簽名或蓋章(必填寫完整)。
- 申請人： (簽名或蓋章)

審核結果	(由社會局承辦人填寫)		社會局承辦人核章
	☐ 核定 (月 ~ 月)，計新臺幣 元		
	☐ 不予核定，原因：		

申請應備文件	☐ 1.申請書。(每次申請須檢附) ☐ 2.郵局存簿封面影本(本年首次申請、帳戶變更時須檢附,非首次申請如資料無異動可免附)。 ☐ 3.療育單據: (1)申請「療育費」,須檢附療育單位所開立之繳費收據正本,收據上須註明療育日期、療育項目及金額。 (2)申請「交通費」,須檢附本府提供之療育紀錄單或療育單位所提供之治療紀錄單、紀錄卡,表單上須註明療育日期、療育項目,並須加蓋療育單位戳章及療育人員職名章,未註記者本府將予以退件補正。 ☐ 4.評估鑑定醫院開具有效期間之發展遲緩診斷證明書或綜合報告書影本(領有身心障礙證明/手冊,或前次已檢附過有效期間之資格文件者皆可免附)。 ☐ 5.其他文件(無則免附): (1)暫緩入學通知書影本。 (2)寄養家庭或安置寄養機構,須檢附本府委託安置之相關證明文件。 (3)委託他人代辦或領取補助者,須檢附發展遲緩兒童療育補助委託書。 (4)戶口名簿影本(如有變更戶籍地,須檢附)。																												
申請期限	<table border="1"> <thead> <tr> <th>療育月份</th><th>申請期間</th><th>療育月份</th><th>申請期間</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1月</td><td>2月1日~4月30日前</td><td>7月</td><td>8月1日~10月31日前</td></tr> <tr> <td>2月</td><td>3月1日~5月31日前</td><td>8月</td><td>9月1日~11月30日前</td></tr> <tr> <td>3月</td><td>4月1日~6月30日前</td><td>9月</td><td>10月1日~12月31日前</td></tr> <tr> <td>4月</td><td>5月1日~7月31日前</td><td>10月</td><td>11月1日~隔年1月31日前</td></tr> <tr> <td>5月</td><td>6月1日~8月31日前</td><td>11月</td><td>12月1日~隔年2月28日前</td></tr> <tr> <td>6月</td><td>7月1日~9月30日前</td><td>12月</td><td>隔年1月1日~3月31日前</td></tr> </tbody> </table>	療育月份	申請期間	療育月份	申請期間	1月	2月1日~4月30日前	7月	8月1日~10月31日前	2月	3月1日~5月31日前	8月	9月1日~11月30日前	3月	4月1日~6月30日前	9月	10月1日~12月31日前	4月	5月1日~7月31日前	10月	11月1日~隔年1月31日前	5月	6月1日~8月31日前	11月	12月1日~隔年2月28日前	6月	7月1日~9月30日前	12月	隔年1月1日~3月31日前
療育月份	申請期間	療育月份	申請期間																										
1月	2月1日~4月30日前	7月	8月1日~10月31日前																										
2月	3月1日~5月31日前	8月	9月1日~11月30日前																										
3月	4月1日~6月30日前	9月	10月1日~12月31日前																										
4月	5月1日~7月31日前	10月	11月1日~隔年1月31日前																										
5月	6月1日~8月31日前	11月	12月1日~隔年2月28日前																										
6月	7月1日~9月30日前	12月	隔年1月1日~3月31日前																										
補助內容摘要	1.補助對象:設籍本市,且未達就學年齡或緩讀之身心障礙、發展遲緩或疑似發展遲緩兒童。 2.補助項目: (1)療育訓練費:至本府規定之單位接受健保不給付或全額自費之療育費用。 (2)交通補助費:至本府規定之單位接受健保給付之療育,每次補助新臺幣200元。 (3)本補助不包含診察、門診、評估、掛號、藥品等相關費用。 3.補助基準:療育費與交通費合併計算,每人每月最高補助金額為新臺幣4,000元整;低收入戶及經本府安置於寄養家庭或安置教養機構之兒童每人每月最高補助金額為新臺幣6,000元整(同一天於同一處進行2次療育項目,以1次計)。 4.本補助須於治療當月次月起3個月內提出申請,以郵戳為憑,線上申請之申請期限比照紙本辦理,逾期不受理。 5.如有未盡事宜,以公告實施計畫為主。																												
申請方式	以掛號方式寄送至:220242新北市板橋區中山路1段161號25樓 新北市政府社會局收																												
洽詢電話	療育補助相關問題:(02)2960-3456分機3660、3652、3662、3859 其他各項早期療育服務:(02)2955-0885新北市政府兒童健康發展中心  兒童健康發展中心FB																												
本補助相關表單可至本府社會局網站 【 http://www.sw.ntpc.gov.tw/ 福利專區—兒童健康發展/早期療育—發展遲緩兒童療育補助(早療交通費或療育費)】下載使用。  申請表單在這裡																													