

「有愛相髓」支持計畫 申請辦法

為幫助骨髓增生性腫瘤病友盡早接受治療以降低未來疾病惡化風險、重拾生活品質，本會特募集資金，提供病友經濟補助，以減輕家庭負擔。

主辦單位

台灣骨髓增生性腫瘤關懷協會

補助對象

在中華民國(含離島)之醫療機構就醫接受治療之病患¹，經臨床診斷為骨髓增生性腫瘤患者，且經評估適用於長效型干擾素治療者

受理日期

本申請辦法將公告於 <https://www.tmpna.tw/>，自公告日起至 2023 年 12 月 31 日(以郵戳為憑)。

補助資格及金額

1. 自費購買 500mcg 劑型之長效型干擾素者
2. 每一劑補助 \$ 30,000 元，前六個月上限 6 劑，後六個月上限 3 劑，補助為期一年，共計上限 9 劑，憑購藥收據補助。第二年申請續用者，一年上限 6 劑，憑購藥收據補助。
3. 孕期中申請，額外提供孕期津貼 \$ 10,000 元，孕期津貼每一孕程限申請乙次。

申請流程

1. 請備齊附件資料
 - 支持計畫之申請表(附件一)
 - 治療現況評估表(附件二)
 - 醫院之正本診斷證明書(申請日期 6 個月內)以信封袋密封後寄至
台灣骨髓增生性腫瘤關懷協會 病友支持計畫專案小組 收
地址：台北市松山區南京東路四段 45 號 4F
(郵局寄件請以掛號寄出)
2. 專案小組收到資料後，將於 3 個工作天內與您聯絡，確認收件

注意事項

1. 每人每年限申請一次，依臨床綜合評估進行排序補助。
2. 第一年通過補助於第二年申請續用者，擁有排序優先權，第三年起申請需重新接受臨床綜合評估與排序。
3. 凡接受補助者，均需接受定期基因檢測追蹤，並同意檢測之相關數據供檢驗單位學術研究使用(詳告知同意書)。
4. 開始補助後，需謹遵醫囑接受治療，若未經醫師醫囑即自行變更療程或無故停止用藥，本會有權終止提供補助。
5. 所有提交之申請文件不論通過補助與否，一律不予返還，如有需要請自行留存備份。
6. 如有未盡詳細事宜，以主辦單位公告為主，主辦單位保留隨時修改補助辦法之權利。

¹ 不限需具備中華民國國籍身分，持永久居留權者，亦可提出申請

「有愛相髓」支持計畫 補助流程

第一階段、申請與評估

1. 備妥申請所需資料，提交至協會
2. 協會收件後，社工聯繫約訪，進行計畫說明與評估、簽署同意書



第二階段、協會審查

協會審閱文件，經評估核可補助者由協會聯繫申請者與主治醫師



第三階段、補助核發

1. 申請者用藥後，檢附購藥收據影本予協會
2. 協會審核無誤撥款至指定帳戶

「有愛相髓」支持計畫 申請表

申請日期： 年 月 日		編號(本會填寫)：		
就診單位	醫院名稱：	主治醫師：		
申請人基本資料	申請人姓名：	性別：	出生年月日：	
	聯絡地址：		電話：	
	電子郵件：			手機：
	緊急聯絡人：	與申請人關係：	手機：	
	就業狀況：			
	<input type="checkbox"/> 未就業(原因： <input type="checkbox"/> 1. 未達就業年齡 <input type="checkbox"/> 2. 年邁無法工作 <input type="checkbox"/> 3. 因疾病無工作能力 <input type="checkbox"/> 4. 無工作技能 <input type="checkbox"/> 5. 缺乏工作機會 <input type="checkbox"/> 6. 無工作意願 <input type="checkbox"/> 7. 其他)			
	<input type="checkbox"/> 就業中(<input type="checkbox"/> 正職 <input type="checkbox"/> 兼職 <input type="checkbox"/> 臨時工) (工作收入：_____)			
	<input type="checkbox"/> 待業中 <input type="checkbox"/> 退休			
	家居狀況： <input type="checkbox"/> 與家人同住(註明家庭成員)_____ <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 其他_____			
	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"/> 其他_____			
身分證影本				
浮貼身分證正面		浮貼身份證反面		
檢附資料	<input type="checkbox"/> 1. 申請表(本表) <input type="checkbox"/> 2. 治療現況評估表 <input type="checkbox"/> 3. 醫院診斷證明書正本(申請日期6個月內)			
轉介	單位名稱	轉介人	(簽名/蓋章)	
	電話			
以下由協會人員填寫				
收件日期：		經辦人：		
審查日期：		審查結果： <input type="checkbox"/> 通過 <input type="checkbox"/> 未通過		

「有愛相髓」支持計畫 治療現況評估表 (由主治醫師填寫)

個案姓名：		評估日期： 年 月 日		
治 療 評 估	1. 疾病診斷			
	2. 疾病風險	<input type="checkbox"/> 低風險（年齡 60 歲以下且沒有血栓病史） <input type="checkbox"/> 中風險（年齡大於 60 歲且沒有血栓病史，或年齡小於 60 歲有血栓病史） <input type="checkbox"/> 高風險（年齡大於 60 歲且有血栓病史） <input type="checkbox"/> 孕期中		
	3. 治療病史與現況描述			
	4. 目前治療醫囑			
補 充 說 明	(簡述申請原因，作為補助排序參考)			
單 位	醫院名稱		主治醫師 (簽名/蓋章)	