

代申請委託（授權）書

委託人（即申請人）：_____【簽章】茲已瞭解並將有關臺北市老人健保自付額補助相關事宜委託（授權）受委託人：_____【簽章】代為【送件申請】【填寫申請表及簽名蓋章】，如有糾紛，概由委託人與受委託人自行議處；如因虛報不實而查獲者，雙方並負相關法律責任

個人資料蒐集/處理/利用同意書(必填)

依據「個人資料保護法」規定，取得您提供的個人資料，需告知下列事項，懇請您耐心閱讀：

- 1、取得之目的：為了審核臺北市老人全民健康保險保費自付額補助資格之用。
- 2、取得之內容：姓名、身分證(護照)編號、聯絡方式等，詳如本申請表。
- 3、運用個人資料之期間、地區、對象及方式：
 - (1)期間：永久保存，以便持續提供社福資訊、關懷與服務。
 - (2)地區：中華民國所在各地區。
 - (3)對象：中華民國各政府機關(構)或經政府委託之各團體、機構。
 - (4)方式：以電腦或非電腦利用之方式。
- 4、就您提供之個人資料，您本人得親自或書面行使下列權利：
 - (1)查詢、請求閱覽或請求提供複印本。
 - (2)請求補充或更正，惟依法請您提出釋明。
 - (3)請求停止蒐集、處理或運用，並可請求刪除。但另有法律規定者，得不依您的請求辦理。
- 5、您可自由選擇是否提供個人資料，若您拒絕提供所需之個人資料或提供不完全時，本局即無法審核您所申請之補助或各項事宜，尚祈見諒。
- 6、本告知內容如有修訂，請至臺北市政府社會局網站查閱，恕不另行通知。
經社會局向本人告知上開事項，本人已清楚瞭解社會局蒐集、處理或運用本人個人資料之目的及用途。

*本人簽名：_____

填表日期：_____年_____月_____日

※ 填表需知：

1. 申請人需符合下列各項規定：
 - (1)年滿 70 歲(原住民年滿 55 歲)或中華民國 104 年 12 月 31 日(含)前年滿 65 歲。
 - (2)設籍並實際居住本市滿 1 年，且最近 1 年居住國內時間累計滿 183 天(出境日視為居住國內，入境日視為未居住國內，於次日起算。)
 - (3)經稅捐稽徵機關核定之最近 1 年綜合所得總額合計未達申報標準或綜合所得稅稅率未達 20%者。申報老人為受扶養人之納稅義務人有上開情事者，亦同。
 - (4)未獲其他政府機關健保費自付額之全額補助者。

2. 臺北市老人健保自付額補助諮詢電話：臺北市民當家熱線 1999(外縣市 02-27208889)或 1999(外縣市 02-27208889)轉 6967。
3. 承辦單位：臺北市政府社會局老人福利科（地址：臺北市信義區市府路 1 號 2 樓北區）