**「愛你不肺力」弱勢家庭篩檢補助 〡報名表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本資料** | | | | | |
| 姓名 |  | 性別 |  | 出生日期 |  |
| 身分證號碼 |  | 連絡電話 |  | 行動電話 |  |
| E-email |  | | | | |
| 通訊地址 | □□□ | | | | |
| **肺癌高危險族群自我檢核表**  **\*符合下表任一項指標即可申請本補助** | | | | | |
| □有吸菸史達15包年(含已戒菸及有意戒菸者) | | | **(每包計算方式)**  每天抽菸：\_\_\_\_\_ 包 X 抽\_\_\_\_年 = \_\_\_\_\_\_包年 | | |
| □二等親內有肺癌家族史者 | | | 罹患肺癌家人之姓名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 與您的關係 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 罹患的肺癌種類及期別 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **＊請附上戶口名簿影本 和 罹病親屬的診斷書影本** | | |
| □有肺病病史者 | | | □ 氣喘 □ 肺炎 □ 肺結核 □ 肺纖維化 □ 支氣管擴張症 □慢性阻塞性肺病 □ 其他： | | |
| □暴露於二手菸害環境達10年以上 | | | 請簡述您的二手菸害環境 **(世界衛生組織對二手菸暴露的定義為：不吸菸者每週平均有一天以上吸入菸草煙霧15分鐘以上)**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| □需煮食且無抽油煙機設備達10年以上 | | | **＊請附上家中廚房環境照片** | | |
| □執業環境易致肺癌者 | | | 服務業、金屬業、冶礦業、石油化學工業、石綿接觸者或者長期暴露在有粉塵、油煙、棉絮、化學物質、放射環境下等。  就職單位名稱：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | |  | | |
| 我以閱讀並願意參與 「愛你不肺力〡弱勢家庭篩檢補助」 活動辦法，以上資料為本人同意填寫提供，僅作為本次活動使用，主辦單位將善盡維護及保密之責。  **申請人 簽名：** | | | | | |

**註1：為免影響權益，以上資料請務必完整填寫。**

**註2：附件資料請自行備份，恕不退還。**

**請於送件前再次確認資料是否備齊**

**弱勢家庭篩檢補助計畫：** □ 請填妥本報名表 (含自我檢核表)

* 中低收入戶/清寒證明
* 身分證 正反面影本
* 低劑量斷層掃描篩檢 報告書和收據 影本

**台灣癌症基金會 愛你不肺力 專案小組 敬上**