

社團法人中華民國乳癌病友協會
2027 年乳房重建植入物補助申請書

申請日期：西元 年 月 日

姓名	身分證號碼	出生日期： 民國 年 月 日
聯絡地址：□□□		
聯絡電話：		手機：
電子郵件：		
婚姻狀況： ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 同居 ☐ 分居 ☐ 離婚 ☐ 喪偶		
經濟來源： ☐ 自己有工作 ☐ 父母扶養 ☐ 子女提供 ☐ 親友提供(含配偶) ☐ 政府補助 ☐ 其他		
腫瘤部位： ☐ 左側乳房 ☐ 右側乳房	期別：	乳房切除時間： 年 月
是否接受化學或放射線治療： ☐ 化學治療 ☐ 放射線治療 ☐ 都沒有		
預計重建時間：西元 年 月 日 預計進行乳房重建手術之醫院/醫師 市/縣 醫院 醫師		
重建類別（一）： ☐ (1)立即性重建 ☐ (2)延遲性重建	請簡短說明申請補助原因：	
檢附文件： ☐ (1) 本申請書 ☐ (2) 身分證正反面影本 ☐ (3) 診斷證明書 ☐ (4) 其他		
以下請勿填寫		
收件日期：	核定結果： ☐ 通過 ☐ 不通過	
收件編號：116-	核定通知：	
收件回覆：	補助日期：	

個人資料蒐集、處理及利用之告知暨同意書

本協會遵守個人資料保護法等相關法律，針對您所提供之個人資料之蒐集、處理及利用，依法告知您下列事項：

1. 蒐集之目的：

本協會基於慈善機構管理、運用、辦理本協會 2027 年乳房植入物重建醫療補助作業等特定目的，而蒐集、處理及利用您的個人資料。

2. 個人資料之類別：

例如：姓名、身分證字號、聯絡方式等，詳如本協會「2027 年乳房植入物重建醫療補助辦法」所需檢附文件(包含補助申請書)所列內容。

3. 個人資料蒐集處理之期間、方式、地區及對象：

(1)期間：個人資料蒐集之特定目的存續期間、依相關法令規定或契約約定之保存年限、本協會因執行業務所必須之保存期間。

(2)方式：符合個人資料保護相關法令以自動化機器或其他非自動化之利用方式，包括但不限於建檔、揭露、轉介、處理或為其他合理使用。

(3)地區：台灣、金門、澎湖、馬祖地區。

(4)對象：本協會、補助物資提供單位(Motiva 台灣總代理沃醫學股份有限公司)、合作醫院。

4. 除法令另有規定外，您得向本協會行使之權利及方式：

(1)查詢或請求閱覽您個人資料。(2)請求製給您個人資料之複製本。(3)請求補充或更正您個人資料。(4)請求停止蒐集、處理您個人資料。(5)請求刪除您個人資料。

5. 您有權選擇是否提供個人資料予本協會，若您不同意本協會蒐集、處理及利用您的個人資料，基於申請業務之執行，本協會將無法受理您的申請，尚祈見諒。

個人資料之同意提供：

一、本人已充分知悉貴處上述告知事項。

二、本人同意貴協會蒐集、處理、利用本人之個人資料。

立同意書人簽名：_____

法定代理人/監護人或輔助人簽名：_____

申請文件繳交方式：(二擇一)

電子郵件：tbca.npo@msa.hinet.net 社團法人中華民國乳癌病友協會收

郵寄地址：100 台北市中正區青島西路 11 號 12 樓之 2

社團法人中華民國乳癌病友協會收