

中華社會福利聯合勸募協會

112 年度「幸福發芽-微型扶植補助專案」受理申案公告

一、 專案目的

- (一)多元開展與社福團體的服務合作方式。
- (二)鼓勵中小型社福團體發展多元的社會福利服務。
- (三)扶植中小型社福團體提升服務規劃與執行能力。

二、 申請單位資格

- (一)經政府立案非以營利為目的者。
- (二)前一年度經費支出規模於 1,000 萬元以下者。
- (三)非屬公立機構、學校、醫院或其相關附設機構。

三、 申請日期

- (一)民國 (以下同) 111 年 8 月 22 日至 9 月 8 日。
- (二)請於截止當日時間 23:59 前完成線上傳送，逾期恕不受理。

四、 計畫執行期

可執行區間自 112 年 1 月 1 日至 10 月 15 日止，得視申請計畫需求於前述區間內自行規劃執行期。

五、 補助內容

- (一)以社會福利人群服務相關內容為補助範圍。
- (二)每案申請金額至少 10 萬元以上，核定通過者補助 10 萬元或 15 萬元。

六、 補助原則

- (一)每單位以 1 件為限。
- (二)未獲本會補助 112 年度方案者。
- (三)以補助資源不重疊為原則，取得政府或其他單位補助之項目不應重複申請。
- (四)以下情形不予補助：
 1. 興建私人房舍或添增房地等不動產。
 2. 一般行政運作會務經費之經常性支出。
 3. 純粹之研究案。
 4. 組織章程任務與提案方向不一致。
 5. 因故停止受理申請本會經費補助者。

七、 經費使用規範

- (一)申請時須詳列計畫所需全部經費項目、金額與預計來源。
- (二)不補助專職人事費、設備費。
- (三)補助經費核定後，受補助單位得於申請項目範圍內彈性使用，惟：
 - 1. 專家學者出席費以 2,500 元/次為上限。
 - 2. 督導費以 2,500 元/次為上限。
 - 3. 講師車馬費/鐘點費以 2,000 元/時為上限，若有特殊需求另議。
 - 4. 上述 1-3 項所聘請之專家或講師等如為內聘¹則費用須折半。

八、 申請方式

- (一)採線上申請制，毋須寄送紙本，請於申請連結中填寫資料並上傳應備文件，缺件則不予受理。
- (二)申請網址：請輸入連結 <https://reurl.cc/o1278D> (須以 Gmail 帳戶登入，方可填寫表單及上傳文件)。
- (三)應備文件：
 - 1. 組織資料
 - (1) 單位概況表 (附件一)。
 - (2) 組織章程 / 捐助章程。
 - (3) 最新法人登記證書影本 (如尚未申請，則須提供立案證書影本)。
 - (4) 組織架構及人事配置圖 (含人數)。
 - (5) 109 及 110 年度收支決算表 (須由製表人、會計、主管、負責人蓋章，111 年度成立之單位免附)。
 - (6) 109 及 110 年度資產負債表 (須由製表人、會計、主管、負責人蓋章，111 年度成立之單位免附)。
 - 2. 計畫資料
 - (1) 計畫申請表 (附件二)。
 - (2) 計畫經費預算表 (附件三)。

九、 審查與通知

- (一)審查方式：書面審查。
- (二)審查重點：

計畫內容面向	審查重點
發現的問題或需求	1. 充分闡述問題與需求

¹ 該名人員之勞工保險由單位投保，無論平日或假日執行該業務，皆以內聘金額編列。

計畫內容面向	審查重點
	2. 服務具必要性
計畫目的	1. 可回應問題與需求 2. 目的具體陳述
服務對象說明	服務對象明確
服務方式說明	1. 服務方式可執行 2. 可回應計畫目的

(三)通知方式：採電子郵件通知，預計於 111 年 12 月底前通知核定結果。

十、合作方式

(一)本會得隨時以實地或電話訪查方式了解辦理情形，受補助單位須配合說明或提供相關資料。

(二)計畫內容與經費一經核定，均不予變更。

(三)若執行遭遇困難，需中止計畫者，應敘明理由提出撤案聲明，得以公文或電子郵件通知。

(四)為扶植受補助單位，本會預計視受補助單位及計畫需求規劃培力機制。

十一、撥款與結報作業

(一)撥款作業：補助款採一次撥付，於辦理成果結報完成後一個月內據實撥付。

(二)結報作業：

1. 執行時間：核定後應於計畫所訂執行期內辦理完畢，並於計畫結束後一個月內完成結報作業。
2. 應提供文件：請於結報連結中填寫資料並上傳文件。
 - (1) 成果結報：
 - A. 成果報告表 (附件四)。
 - B. 成果故事與照片。
 - (2) 經費核銷：提交經費使用明細表 (附件五)。
3. 原始憑證抽查機制：
 - (1) 抽查 10%之受補助方案須提交憑證粘貼表(附件六)及相關原始憑證影本。
 - (2) 本會保有抽查相關支出憑證之權利。
4. 受補助單位應善盡支出憑證管理義務，本誠信原則對所提出之經費核銷文件之使用事實及真實性負責，如有不實，應負相關責任。

附件一：單位概況表 (本表僅供參考，請由申請連結線上填寫)

中華社會福利聯合勸募協會
「幸福發芽-微型扶植補助專案」 單位概況表

單位名稱			成立時間	年	月
立案字號			核准機關		
單位統一編號			單位屬性	<input type="checkbox"/> 財團法人 <input type="checkbox"/> 社團法人	
法人最新登記日期	年	月	未申請法人登記原因 (可複選)	<input type="checkbox"/> 不清楚使用功能 <input type="checkbox"/> 不清楚申請方式 <input type="checkbox"/> 經考量無需求 <input type="checkbox"/> 其他，請說明_____	
單位成立宗旨 (限 200 字內)					
單位簡介 (限 200 字內)					
單位服務區域 (可複選)	<input type="checkbox"/> 臺北市 <input type="checkbox"/> 桃園市 <input type="checkbox"/> 苗栗縣 <input type="checkbox"/> 南投縣 <input type="checkbox"/> 嘉義縣 <input type="checkbox"/> 屏東縣 <input type="checkbox"/> 臺東縣 <input type="checkbox"/> 連江縣 <input type="checkbox"/> 新北市 <input type="checkbox"/> 新竹市 <input type="checkbox"/> 臺中市 <input type="checkbox"/> 雲林縣 <input type="checkbox"/> 臺南市 <input type="checkbox"/> 宜蘭縣 <input type="checkbox"/> 金門縣 <input type="checkbox"/> 基隆市 <input type="checkbox"/> 新竹縣 <input type="checkbox"/> 彰化縣 <input type="checkbox"/> 嘉義市 <input type="checkbox"/> 高雄市 <input type="checkbox"/> 花蓮縣 <input type="checkbox"/> 澎湖縣				
單位負責人			職稱		
高層主管			職稱		
聯絡人			職稱		
立案地址					
通訊地址					
聯絡人電話	()			分機	
E-mail (作為後續計畫合作電子郵件通知之用，務請提供正確可達之信箱)	單位主管				
	單位聯絡人				
單位(組織)主要服務對象 (可複選)	<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 兒童 <input type="checkbox"/> 青少年 <input type="checkbox"/> 婦女 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 組織專業 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 勞工 <input type="checkbox"/> 遊民 <input type="checkbox"/> 疾病患者 <input type="checkbox"/> 性少數 <input type="checkbox"/> 受刑人/更生人 <input type="checkbox"/> 成癮者 <input type="checkbox"/> 一般民眾 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____				
單位經費規模	<input type="checkbox"/> 111 年 1 月 1 日以後成立之單位 (以下不需填寫) <input type="checkbox"/> 110 年 12 月 31 日以前成立之單位 (以下請務必填寫) 110 年度 決算收入：_____元 決算支出：_____元				
人事概況	全職人員_____人 (其中含全職社工員_____人) 兼職人員_____人 (其中含兼職社工員_____人) 志工_____人				

附件二：計畫申請表 (本表僅供參考，請由申請連結線上填寫)

中華社會福利聯合勸募協會
「幸福發芽-微型扶植補助專案」計畫申請表

單位名稱													
計畫名稱													
計畫執行時間		民國 112 年		月		日至 112 年		月		日			
執行單位主管姓名		職稱											
計畫聯絡人姓名		職稱		計畫聯絡人電話 ()		分機							
計畫服務地址													
計畫服務對象 (單選)		<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 兒童 <input type="checkbox"/> 青少年 <input type="checkbox"/> 婦女 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 組織專業 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 勞工 <input type="checkbox"/> 遊民 <input type="checkbox"/> 疾病患者 <input type="checkbox"/> 性少數 <input type="checkbox"/> 受刑人/更生人 <input type="checkbox"/> 成癮者 <input type="checkbox"/> 一般民眾 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____											
計畫服務對象年齡層 (可複選)		<input type="checkbox"/> 0-2 歲 <input type="checkbox"/> 3-6 歲		<input type="checkbox"/> 7-12 歲 <input type="checkbox"/> 13-18 歲		<input type="checkbox"/> 19-64 歲 <input type="checkbox"/> 65 歲以上		計畫服務對象性別 (單選)		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 不分性別			
計畫內容概述	發現的問題或需求 (300-800 字)	依據過往服務經驗或國內外研究發現，充分闡述服務對象面臨的問題或需求，凸顯服務必要性。											
	計畫整體目的 (20-150 字)	依據上述發現，本計畫欲回應哪些問題或需求。											
	服務對象說明 (50-150 字)	依據上述目的，請描述本計畫欲實施之服務對象，可能包含：區域、族群、身分類別、年齡、性別、社經狀況等。											
	服務方式說明 (500-1,500 字)	請具體說明服務策略、場次、舉辦期程、時數、參與成員招募方式等，越具體明確越好。											
預期效益	預計服務量	人數				人次				戶數			
	預期成果 (50-300 字)	請簡述本計畫服務方式之產出，例如：場次、時數、人數、人次等服務量。											
	預期成效 (100-300 字)	請簡述上述服務產出將帶來的效益。											

附件三：計畫經費預算表 (本表請填寫後確實用印，並上傳至申請連結)

中華社會福利聯合勸募協會
「幸福發芽-微型扶植補助專案」 計畫經費預算表

單位名稱											
計畫名稱											
計畫執行時間		民國 112 年 月 日至 112 年 月 日									
費用支出											
服務名稱 【註2】	經費科目 【註3】	經費項目	單價 (元)	數量	計算方式	預算金額 A+B+C	預算來源 (金額)				
							申請其他補助A【註4】		自籌B	申請聯勸補助C 【註5】	
							金額A	補助單位			
範例：樂活課程	講師鐘點費	課程講師鐘點費	2,000	30	2,000元*30小時	60,000	10,000	XX基金會	20,000	30,000	
合 計											

【註 1】請詳列本計畫所需全部經費項目、金額與預計來源。

【註 2】欄位「服務名稱」並非計畫名稱，請依計畫內容依序填寫各項子計畫或服務名稱。

【註 3】不補助專職人事費、設備費。

【註 4】請列出該項目所申請政府及其他單位之單位名稱及補助 (預計) 申請金額。

【註 5】「申請聯勸補助 C」申請總額至少 10 萬元以上，未達 10 萬元視為缺件不受理。

※請務必確實用印，未用印視為缺件不受理※

單位大章：

理事長/董事長/單位負責人 (簽章)：

填表日期：民國 111 年 月 日

附件四：成果報告表 (本表僅供參考，請由成果結報連結線上填寫)

中華社會福利聯合勸募協會
「幸福發芽-微型扶植補助專案」 成果報告表

單位名稱												
計畫名稱												
計畫執行時間		民國 112 年		月		日至 112 年		月		日		
執行單位主管姓名		職稱										
計畫聯絡人姓名		職稱		計畫聯絡人電話 ()		分機						
計畫服務地址												
計畫服務對象 (單選)		<input type="checkbox"/> 身心障礙 <input type="checkbox"/> 兒童 <input type="checkbox"/> 青少年 <input type="checkbox"/> 婦女 <input type="checkbox"/> 老人 <input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 組織專業 <input type="checkbox"/> 原住民 <input type="checkbox"/> 勞工 <input type="checkbox"/> 遊民 <input type="checkbox"/> 疾病患者 <input type="checkbox"/> 性少數 <input type="checkbox"/> 受刑人/更生人口成癮者 <input type="checkbox"/> 一般民眾 <input type="checkbox"/> 其他，請說明：_____										
計 畫 內 容 概 述	計畫整體目的 (20-150字)	須與計畫申請表一致。										
	實際服務對象說明 (200-800字)	請簡述服務對象實際招募情形，與原先規劃之異同，成功或困難之原因。										
	服務執行內容 (500-1,500字)	請簡述服務執行內容、辦理經過、遭遇之困難。										
效 益 評 估	實際服務量	人數		人次		戶數						
	實際效益 (200-800字)	請簡述本計畫所帶來的效益，例如：服務對象於知識、技巧、態度、行為、社區影響力等層面之改變情形。若與預期效益具落差者，須說明執行困難與未來改善方式。										

附件五：經費使用明細表 (本表請填寫後確實用印，並上傳至成果結報連結)

中華社會福利聯合勸募協會
「幸福發芽-微型扶植補助專案」 經費使用明細表

單位名稱													
計畫名稱													
計畫執行時間	民國	112	年		月		日至	112	年		月		日
核定補助金額	元												
實際支出金額	元												
經費支出明細													
憑證 編號	經費科目	經費項目	支出日期			支出憑證金額 (元)	報支金額 (元)	用途說明					
			年	月	日								
合 計													

【註 1】請依據經費科目依序填列。

【註 2】專案執行區間自 112 年 1 月 1 日至 10 月 15 日止，故支出日期僅接受至 112 年 10 月 15 日止。

※除上傳此表外，請務必列印下來並用印，再上傳掃描檔。兩者缺一將不予受理※

填表人 (簽章):

主辦會計 (簽章):

單位負責人 (簽章):

填表日期：民國 112 年 月 日

附件六：憑證粘貼表

單位名稱										
計畫名稱										
憑證編號	經費科目	請填本張用紙粘貼憑證總金額							憑證粘貼 張數	經費項目
		十 萬	萬	千	百	十	元	角		
用途說明										

※請務必將所有憑證依序編號※

經辦

會計

主管

負責人

請務必加蓋騎縫章

憑	證	粘	貼	處	(浮貼)
---	---	---	---	---	------