

## 嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務 申請表

(請根據申請人住址，在適當的空格內加上「✓」號)

	服務營辦機構	區域	電話號碼	傳真號碼	地址
<input type="checkbox"/>	循道衛理楊震社會服務處	香港島及九龍 (中區、西區、南區、離島、東區、灣仔、九龍城、油尖旺、深水埗、黃大仙、觀塘及將軍澳)	3959 1700	3425 4994	九龍觀塘鯉魚門邨第二期升降機大樓1字樓
<input type="checkbox"/>	保良局	新界 (沙田、大埔、北區、西貢、荃灣、葵青、屯門、元朗及天水圍)	3708 8690	3708 8693	新界荃灣象山邨商場RB2號舖

### I. 申請人的個人資料

1. 姓名	(英)	(中)
2. 性別／出生日期	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年      月      日
3. 香港身份證號碼	或豁免登記證明書號碼：	
4. 居住地址／電話／電郵	地址： 電郵：	電話：
5. 就讀學校	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 特殊學校 <input type="checkbox"/> 特殊學校寄宿服務 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ 學校名稱： _____ 學校所屬類別： <input type="checkbox"/> 嚴重智障兒童學校 <input type="checkbox"/> 肢體傷殘兒童學校 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____	
6. 現正接受的服務 (可選多於一項)	<input type="checkbox"/> 無 社區支援服務： <input type="checkbox"/> 殘疾人士地區支援中心 <input type="checkbox"/> 暫顧服務 <input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士家居照顧服務 <input type="checkbox"/> 綜合家居照顧服務(體弱個案)* <input type="checkbox"/> 綜合家居照顧服務(普通個案) <input type="checkbox"/> 四肢癱瘓病人過渡期護理支援中心 <input type="checkbox"/> 日間社區康復中心 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ 日間訓練服務： <input type="checkbox"/> 綜合職業康復服務中心 <input type="checkbox"/> 特殊幼兒中心 <input type="checkbox"/> 殘疾人士在職培訓計劃 <input type="checkbox"/> 輔助就業 <input type="checkbox"/> 展能中心 <input type="checkbox"/> 庇護工場 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____ 住宿服務： <input type="checkbox"/> 資助／買位殘疾人士院舍 <input type="checkbox"/> 自負盈虧殘疾人士院舍 <input type="checkbox"/> 私營殘疾人士院舍 醫療服務： <input type="checkbox"/> 精神科住院服務 <input type="checkbox"/> 非精神科住院服務 <input type="checkbox"/> 日間醫院服務 <input type="checkbox"/> 門診服務，請註明： _____	
7. 是否正輪候政府資助院舍	<input type="checkbox"/> 是，請註明資助院舍類別： _____ <input type="checkbox"/> 否	

### II. 有關殘疾及健康問題的資料

1. 肢體傷殘	<input type="checkbox"/> 四肢癱瘓 <input type="checkbox"/> 下肢癱瘓 <input type="checkbox"/> 半身不遂 <input type="checkbox"/> 大腦癱瘓 <input type="checkbox"/> 缺失手／腳掌或手／腳趾 <input type="checkbox"/> 缺失上或下肢 <input type="checkbox"/> 附上醫療報告 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： _____
2. 智障	<input type="checkbox"/> 並非智障 <input type="checkbox"/> 極度嚴重 <input type="checkbox"/> 嚴重 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 不明 心理評估日期：                                      年      月      日 <input type="checkbox"/> 附上心理評估報告

\* 60歲或以上嚴重殘疾人士可選擇接受「綜合家居照顧服務(體弱個案)」、「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」或「嚴重殘疾人士家居照顧服務」，但須接受相關評估以核實資格；在以上三項服務中，任何服務使用者均不可同一時間接受多於一項服務。至於60歲以下的嚴重殘疾人士，則視乎資格只可選擇使用「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」或「嚴重殘疾人士家居照顧服務」。

3. 其他殘疾 (可選擇多項)	<input type="checkbox"/> 言語障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺受損/弱聽 <input type="checkbox"/> 唐氏綜合症 <input type="checkbox"/> 視覺受損 ( <input type="checkbox"/> 失明/ <input type="checkbox"/> 弱視) <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 精神病, 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____
4. 疾病/健康問題	若有, 請註明: _____
5. 需要依賴輔助呼吸醫療儀器	<input type="checkbox"/> 是, 請註明輔助呼吸醫療儀器類別: _____ <input type="checkbox"/> 否
6. 活動能力	<input type="checkbox"/> 自行走動 <input type="checkbox"/> 需要他人攙扶走動 <input type="checkbox"/> 以復康用具輔助走動 <input type="checkbox"/> 需用輪椅 <input type="checkbox"/> 需臥床
7. 現正接受的治療	<input type="checkbox"/> 職業治療 <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 護理服務 <input type="checkbox"/> 其他: _____ <input type="checkbox"/> 不適用

### III. 照顧體系

#### 照顧者資料

- 「照顧者」是指為申請人提供照顧或協助的家人, 包括父母、家屬或親人。
- 「其他照顧者」是指會提供協助的鄰居、朋友或受聘照顧申請人的家庭傭工, 但不包括院舍或醫院職員。

照顧者類別	姓名	性別/年齡	關係	是否同住	職業	聯絡電話
主要照顧者						
其他照顧者						

### IV. 申請人/監護人/受委人簽署 (適用於自行申請服務)

申請服務類別 (可選多於一項)	<input type="checkbox"/> 輔助呼吸醫療儀器及醫療消耗品的應用 <input type="checkbox"/> 護理服務 <input type="checkbox"/> 營養/藥物使用 <input type="checkbox"/> 提供用作租用輔助呼吸醫療儀器及購買醫療消耗品的現金津貼 (適用於需要依賴輔助呼吸醫療儀器的嚴重肢體傷殘人士) <input type="checkbox"/> 個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 社會工作服務 <input type="checkbox"/> 社區活動 <input type="checkbox"/> 照顧者支援服務 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____
申請人/監護人/受委人: (請刪去不適用者)	_____ 電話: _____ (簽署) _____ 日期: _____ (姓名)

### V. 醫療資料 (由醫生、護理人員或專職醫療人員為計劃離院或在門診接受治療的病人填寫)

1. 醫療診斷	請註明: _____ _____ _____
2. 離院日期	
3. 由醫院/診所作出的離院後安排	<input type="checkbox"/> 職業治療 <input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 護理服務 <input type="checkbox"/> 日間康復中心 <input type="checkbox"/> 日間醫院服務 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____ <input type="checkbox"/> 門診治療, 請註明診所: _____
4. 推薦予「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」跟進的範疇 (可選多於一項)	<input type="checkbox"/> 輔助呼吸醫療儀器及醫療消耗品的應用 <input type="checkbox"/> 護理服務 <input type="checkbox"/> 營養/藥物使用 <input type="checkbox"/> 提供用作租用輔助呼吸醫療儀器及購買醫療消耗品的現金津貼 (適用於需要依賴輔助呼吸醫療儀器的嚴重肢體傷殘人士) <input type="checkbox"/> 個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 社會工作服務 <input type="checkbox"/> 社區活動 <input type="checkbox"/> 照顧者支援服務 <input type="checkbox"/> 其他, 請註明: _____
5. 填寫醫療資料的人員:	_____ (簽署)                      _____ (姓名)                      _____ (職位) 醫院/診所: _____ 電話: _____ 檔案編號: _____ 日期: _____

**VI. 轉介資料 (如適用, 須由轉介者填寫)**

服務跟進建議 (可選多於一項)	<input type="checkbox"/> 輔助呼吸醫療儀器及醫療消耗品的應用	<input type="checkbox"/> 護理服務	<input type="checkbox"/> 營養/藥物使用
	<input type="checkbox"/> 提供用作租用輔助呼吸醫療儀器及購買醫療消耗品的現金津貼(適用於需要依賴輔助呼吸醫療儀器的嚴重肢體傷殘人士)	<input type="checkbox"/> 康復訓練	<input type="checkbox"/> 改裝家居設施
	<input type="checkbox"/> 個人照顧服務	<input type="checkbox"/> 社會工作服務	<input type="checkbox"/> 社區活動
	<input type="checkbox"/> 照顧者支援服務	<input type="checkbox"/> 其他, 請註明:	
個案編號: _____	轉介單位: _____		
轉介者姓名: (中) _____	轉介機構: _____		
(英) _____	轉介者職位: _____		
電郵: _____	電話/傳真: _____		
轉介者簽署: _____	日期: _____		