

**嚴重殘疾人士家居照顧服務
申請表**

請將申請表直接傳真至負責營辦機構（請在下列適當的空格加上別號）

<input type="checkbox"/>	東華三院	香港 (中西南區及離島、東區及灣仔)	(電話: 2803 2103) (傳真: 2803 2145) (電郵: lkhcs@tungwah.org.hk)
<input type="checkbox"/>	循道衛理楊震社會服務處	九龍 (1) (九龍城及油尖旺區、深水埗、將軍澳)	(電話: 2337 9966) (傳真: 2337 9060) (電郵: khcs@yang.org.hk)
<input type="checkbox"/>	基督教家庭服務中心	九龍 (2) (觀塘、黃大仙)	(電話: 3996 8515) (傳真: 3996 8514) (電郵: rhc@cfsc.org.hk)
<input type="checkbox"/>	香港耀能協會	新界 (1) (沙田、大埔及北區、西貢)	(電話: 2602 8900) (傳真: 2699 4070) (電郵: ntehss@sahk1963.org.hk)
<input type="checkbox"/>	保良局	新界 (2) (荃灣、元朗、天水圍)	(電話: 2154 3818) (傳真: 2154 3889) (電郵: homecare.nt@poleungkuk.org)
<input type="checkbox"/>	鄰舍輔導會	新界 (3) (屯門、葵涌及青衣)	(電話: 2618 0411) (傳真: 2618 0198) (電郵: tohc@naac.org.hk)

I. 申請服務

服務種類	<input type="checkbox"/> 個人照顧 <input type="checkbox"/> 護理照顧 <input type="checkbox"/> 復康訓練 <input type="checkbox"/> 護送服務 <input type="checkbox"/> 家居暫顧服務 <input type="checkbox"/> 照顧者支援服務
-------------	---

II. 申請人個人資料

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. 聯絡地址及電話／電郵	地址：_____ 電話：_____ 電郵：_____
5. 居住地區	<input type="checkbox"/> 中西區 <input type="checkbox"/> 灣仔 <input type="checkbox"/> 東區 <input type="checkbox"/> 南區 <input type="checkbox"/> 離島 <input type="checkbox"/> 九龍城 <input type="checkbox"/> 油尖旺 <input type="checkbox"/> 深水埗 <input type="checkbox"/> 將軍澳 <input type="checkbox"/> 觀塘 <input type="checkbox"/> 黃大仙 <input type="checkbox"/> 沙田 <input type="checkbox"/> 大埔及北區 <input type="checkbox"/> 西貢 <input type="checkbox"/> 荃灣 <input type="checkbox"/> 元朗 <input type="checkbox"/> 天水圍 <input type="checkbox"/> 屯門 <input type="checkbox"/> 葵涌及青衣

6. 就讀學校 (如適用)	<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：_____
7. 現正接受的服務 (可選擇多項)	<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"/> 暫託住宿服務 <input type="checkbox"/> 嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務(現金津貼) <input type="checkbox"/> 嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務(綜合到戶支援服務) <input type="checkbox"/> 日間社區康復中心 <input type="checkbox"/> 嚴重傷殘人士日間照顧服務 <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"/> 改善家居及社區照顧服務 <input type="checkbox"/> 長者日間護理中心 <input type="checkbox"/> 長者社區服顧服務券 <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"/> 輔助就業 <input type="checkbox"/> 庇護工場 <input type="checkbox"/> 殘疾人士在職培訓計劃 <input type="checkbox"/> 展能中心 住宿服務： <input type="checkbox"/> 私營院舍 <input type="checkbox"/> 自負盈虧殘疾人士院舍 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：
8. 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

III. 有關殘疾及健康問題的資料

1. 肢體傷殘	<input type="checkbox"/> 並非肢體傷殘 <input type="checkbox"/> 四肢癱瘓 <input type="checkbox"/> 下肢癱瘓 <input type="checkbox"/> 左/右半身不遂 <input type="checkbox"/> 大腦癱瘓 <input type="checkbox"/> 缺失上或下肢 <input type="checkbox"/> 缺失手/腳掌或手/腳趾 <input type="checkbox"/> 其他，請註明： <input type="checkbox"/> 附上醫療報告
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 心理評估日期： 年 月 日 <input type="checkbox"/> 附上心理評估報告
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"/> 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"/> 唐氏綜合症 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：
4. 疾病/健康問題	若有，請註明：_____
5. 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 (在家) <input type="checkbox"/> 需用輪椅 (外出) <input type="checkbox"/> 需臥床
6. 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

IV. 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
(a)照顧者						
(b)其他照顧者						

V. 轉介者資料

個案編號： _____ 轉介單位： _____
轉介者姓名： (中) _____ 轉介機構： _____
(英) _____ 電話／傳真： _____
日期： _____

備註

年滿 60 歲或以上的嚴重殘疾人士可自由選擇接受(1)「嚴重殘疾人士家居照顧服務」／「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」或(2)為長者提供的「綜合家居照顧服務／改善家居及社區照顧服務／長者日間護理中心／長者社區照顧服務券」，惟申請者須接受相關評估以決定其資格，亦不可在同一時間接受兩個類別的服務。60 歲以下的嚴重殘疾人士，則視乎資格只可選擇使用「嚴重殘疾人士家居照顧服務」或「嚴重肢體傷殘人士綜合支援服務」。為避免服務重疊，申請人／監護人／受委人須在申請服務時向服務營辦機構提供沒有使用其他津助非政府機構同類服務的相關聲明，並同意服務營辦機構聯絡其他相關機構以核實資料。