

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	九龍深水埗麗安邨麗德樓地下 6-10 號
<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 ^註 ： <input type="checkbox"/> 殘疾人士地區支援中心 <input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士家居照顧服務 <input type="checkbox"/> 日間社區康復中心 <input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士日間照顧服務 <input type="checkbox"/> 四肢癱瘓病人過渡期護理支援中心 <input type="checkbox"/> 改善家居及社區照顧服務 <input type="checkbox"/> 綜合家居照顧服務(體弱個案) <input type="checkbox"/> 長者社區服顧服務券家 <input type="checkbox"/> 綜合家居照顧服務(普通個案) <input type="checkbox"/> 長者日間護理中心 <input type="checkbox"/> 暫顧服務 <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／買位院舍 <input type="checkbox"/> 自負盈虧院舍 <input type="checkbox"/> 私營院舍 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	

^註年滿 60 歲或以上的嚴重肢體傷殘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 歲以下的嚴重肢體傷殘人士，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。

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	<input type="checkbox"/> 四肢癱瘓 (需由醫生填寫) <input type="checkbox"/> 附上醫療報告評估為四肢癱瘓病人 <input type="checkbox"/> 其他, 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"/> 康復訓練 <input type="checkbox"/> 改裝家居設施 <input type="checkbox"/> 家居暫顧服務 <input type="checkbox"/> 社區活動 <input type="checkbox"/> 個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 社會工作服務 <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"/> 家居暫顧服務 <input type="checkbox"/> 社區活動 <input type="checkbox"/> 個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 社會工作服務 <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: _____