

社会福利署

视障人士资讯科技计划

申请表

(适用于个别视障申请人)

(注： 申请人 提名机构在填写申请表格前，宜先仔细阅读本计划的参考便览。)

A部 (由申请人填写)

[请在适用的□方格内加上✓号，并在附有*号的选项内把不适用者删去。]

(1) 申请项目^註

- 高效能中文读屏设备
(型号：中文版 JAWS [声点 软件 / _____*])
(售价：港币 _____元；申请资助额：港币 _____元)
- 点字显示器
(型号：Focus 40 / PAC Mate / _____*)
(售价：港币 _____元；申请资助额：港币 _____元)
- 辅助仪器 / 便携式仪器
(型号：桌面放大机 / 文字辨识器材 / 点字刻印机 /
手提放大器 / 私人电子记事本 / _____*)
(售价：港币 _____元；申请资助额：港币 _____元)

用途： 学习 工作

^註 除非申请的项目由供货商在本地独家发售，否则申请人须就 A(1)部所述其申请的高效能读屏设备及 / 或点字显示器及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器，提供最少两份报价，并把报价单夹附于本表格后。

(2) 个人 / 家庭资料

a. 姓名：(中文)		(英文)	
b. 性别及年龄：		c. 出生日期：	
d. 身份证号码：		e. 电话号码：	
f. 住址： _____			
g. 电邮地址：			
h. 教育程度： <input type="checkbox"/> 小六或以下 <input type="checkbox"/> 初/高中* <input type="checkbox"/> 中学毕业 <input type="checkbox"/> 预科 <input type="checkbox"/> 大专 <input type="checkbox"/> 大学 <input type="checkbox"/> 其他 (请说明： _____)			
i. 伤残津贴： <input type="checkbox"/> 有 (档号： _____) <input type="checkbox"/> 无			
j. 综援： <input type="checkbox"/> 有 (个案编号： _____) <input type="checkbox"/> 无			
k. 家长 / 监护人*姓名： (适用于 18 岁以下申请人) 电话号码： _____			
l. 同住家庭成员资料：			
姓名	性别 / 年龄	与申请人的关系	职业 (如领取综援, 请注明)
总同住家庭人数 (包括申请人)：			

(3) 申请资格 (申请人须符合以下各项准则, 方可获本计划考虑其申请。)

- 我是一名视障人士；
- *我从未得到本计划资助购置上文 A(1)部所述的辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器 / 我曾得到本计划资助但欲以下文 8(a)部份所列原因再次提交申请；
- 我有需要购置上文 A(1)部所述的辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器, 以作学习 / 工作*之用；
- 我现时没有上文 A(1)部所述的辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器；
- 我具备应用资讯科技的基本能力；
- 我有真正的经济困难, 不能负担购买上文 A(1)部所述辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器的费用；以及
- 过去三年, 我并无接受任何资助计划以购买上文 A(1)部所述的辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器。

(4) 残疾资料

a. 视障

<input type="checkbox"/> 完全失明	<input type="checkbox"/> 轻度低视力
<input type="checkbox"/> 中度低视力	<input type="checkbox"/> 严重低视力
<input type="checkbox"/> 其他：	

*请删除不适用的字句

b. 其他残疾

<input type="checkbox"/> 肢体伤残	<input type="checkbox"/> 器官残障
<input type="checkbox"/> 弱智（程度：_____）	<input type="checkbox"/> 精神病
<input type="checkbox"/> 听障	<input type="checkbox"/> 其他：

(5) 职业

a. 就业情况

- 非在职人士
- 在职人士：

<input type="checkbox"/> 自雇	<input type="checkbox"/> 受雇于他人
<input type="checkbox"/> 全职工作	<input type="checkbox"/> 兼职工作
工作机构：	
职位：	每月收入：

b. 学习

- 现时并无进修
- 现正修读课程：
修读模式：全日制 / 兼读 / 遥距学习*
学校、学系及课程的名称：

修读年级 / 所需及尚余修读年期：

(6) 财政状况

a. 资产

	储蓄（如现金及银行存款）	其他资产及财物（不包括自住房物）数值	总额
申请人			
配偶（如适用）			
子女（如适用）			
如申请人年龄在 18 岁以下，则须填报父母的资产			
父			
母			

b. 每月收入

	工作收入 （不包括训练津贴，如参与庇护工场或综合职业康复服务中心的训练所获得的奖励金及训练津贴）	其他收入 （包括资产收益如租金、利息、股息、退休金及亲友或团体的生活补贴）	总额
申请人			
配偶（如适用）			
子女（如适用）			
父（如适用）			
母（如适用）			

(7) 使用资讯科技的经验

<input type="checkbox"/> 少于三个月	<input type="checkbox"/> 三至六个月
<input type="checkbox"/> 六个月至一年	<input type="checkbox"/> 一至两年
<input type="checkbox"/> 超过两年	

(8) 申请 / 再次申请原因

a. 本人需要申请 / 再次申请上文 A(1)部所述辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器的原因，包括上文各部数据以外的特殊理由：

--

b. 学习或工作的机构内有否设置上文 A(1)部所述本计划所资助的辅助设备及 / 或辅助仪器？

高效能中文读屏设备：	点字显示器：	辅助仪器：
<input type="checkbox"/> 有 (型号：_____)	<input type="checkbox"/> 有 (型号：_____)	<input type="checkbox"/> 有 (型号：_____)
<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 无	<input type="checkbox"/> 无

(9) 申请资助购置上文 A(1)部所述电脑辅助设备及辅助仪器 / 便携式仪器的记录

- 本人从未申请本计划或其他有关资讯科技的资助计划
- 本人曾申请本计划或其他有关资讯科技的资助计划，详情如下：

声明：

本人谨此声明：

- i) 本人已阅读及明白「收集个人资料之前致资料当事人的通知书」(见此表格附录)；
- ii) 本人在上文填报的资料均为真确无误，并明白蓄意作虚假声明或隐瞒资料，或误导社署以获得本计划的资助，不但须退还有关资助，还可能要负上刑事责任；以及
- iii) 如获资助，本人承诺不会把上文 A(1)部所述的资助辅助设备及辅助仪器 / 便携式仪器转售或转让他人。

签署： _____ (须由申请人自行签署)

姓名： _____

日期： _____

家长 / 监护人*加签
(如申请人年龄不足 18 岁)： _____

家长 / 监护人*姓名： _____

日期： _____

B 部 (由提名机构填写#)

[请在适用的□方格内加上✓号，并在附有*号的选项内把不适用者删去。]

(1) 申请人就购置上文 A(1)部所述的电脑辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器，接受本计划或其他津贴 / 资助计划的资助记录

<input type="checkbox"/> 从无接受这方面的资助
<input type="checkbox"/> 曾接受有关资助：(请说明资助来源、资助项目和金额)

(2) 符合资格的条件

请评论申请人在以下各方面的情况：

i) 使用资讯科技的能力：
ii) 财政状况：
iii) 申请资助购买上文 A(1)部所述的辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器在哪些方面可以协助他 / 她的学习 / 工作：

(3) 对这项申请表示支持及有关支持服务

本校 / 机构 / 学系*认为申请人完全符合本计划参考便览中订明的各项申请资格，而购置上文 A(1)部所述的辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器可令申请人在学习或工作上受惠。我们亦愿意尽力提供可能的支持，帮助申请人使用有关上文 A(1)部所述的辅助设备及 / 或辅助仪器 / 便携式仪器，以助他们学习或工作。

签署： _____

姓名： _____

职位： _____

联络电话： _____

传真： _____

电邮地址： _____

提名机构： _____

日期： _____ 机构盖章： _____

二零二三年一月

#请注意：

由于此计划有特定的资助目标、范围及审批条件（尤其着重考虑申请人的经济能力），因此提名机构在递交申请前，请先审阅申请人在 A(8)部所列的申请原因，并了解及评估其需要及财政状况；而且应在可能的范围内，核实申请人所填报的资料（如要求申请人提交纪录及翻查申请人在其机构内的相关资料），以便为申请人撰写公允的评论及加以推荐。

备注：

申请人递交表格时，除特别注明外，无须夹附有关的文件。社署在处理及复核申请时，可要求申请人出示或授权社署向有关单位索取相关的证明，作核实之用。如申请人拒绝合作，可导致社署中止处理其申请或申请人须退还有关的资助。

收集个人资料之前致资料当事人的通知书

向社会福利署提供个人资料之前，请先细阅本通知书。

收集资料的目的

1. 社会福利署 (社署) 会使用你所提供的个人资料，向你提供你所需要的适当援助或服务，包括但不限于监察及检讨各项服务、进行研究及调查，以及履行法定职责。向社署提供个人资料，纯属自愿。如你未能提供足够的个人资料，本署可能无法处理你的申请或向你提供援助 / 服务。

可能经由社署转介资料的人士的类别

2. 你所提供的个人资料，会供本署在工作上有需要知道该等资料的职员使用。除此之外，本署职员在需要时亦只会向下列有关方面或在下列情况披露该等资料：

- (a) 其他涉及评定你的申请，或向你提供服务 / 援助的有关方面，例如政府决策局 / 部门、非政府机构及公用事业公司；或
- (b) 由法律授权或法律规定须向其披露资料的有关方面；或
- (c) 你曾同意向其披露资料的有关方面。

查阅个人资料

3. 除了《个人资料(私隐)条例》规定的豁免范围之外，你有权就社署备存有关你的个人资料提出查阅及改正要求。不过，在一般情况下，如收集资料的目的已经完成，本署会删除有关的个人资料。在条例内订下的查阅权利是指在缴付所需费用后，取得你的个人资料的复本一份。查阅资料要求须以书面提出。

对你申请的服务的查询、查阅及改正个人资料的要求

4. 请确保你向社署提供的资料正确无误。如你对所提交的援助 / 服务申请有任何查询，或对所提供的资料有任何更改，亦请联络向你收集资料的办事处。

5. 如果你希望查阅你的个人资料，以及在查阅个人资料后要求改正所得的资料，请向下列人士提出：

职位名称：一级行政主任(康复服务市场顾问办事处)
地址：九龙深水埗元州街 290-296 号西岸国际大厦 5 楼 503 室
电话：3586 3594