

## 严重残疾人士家居照顾服务 申请表

请将申请表直接传真至负责营办机构 (请在下列适当的空格加上别号)

<input type="checkbox"/>	东华三院	香港 (中西南区及离岛、东区及湾仔)	(电话: 2803 2103) (传真: 2803 2145) (电邮: lkhcs@tungwah.org.hk)
<input type="checkbox"/>	循道卫理杨震社会 服务处	九龙 (1) (九龙城及油尖旺区、深水埗、 将军澳)	(电话: 2337 9966) (传真: 2337 9060) (电邮: khcs@yang.org.hk)
<input type="checkbox"/>	基督教家庭服务 中心	九龙 (2) (观塘、黄大仙)	(电话: 3996 8515) (传真: 3996 8514) (电邮: rhc@cfsc.org.hk)
<input type="checkbox"/>	香港耀能协会	新界 (1) (沙田、大埔及北区、西贡)	(电话: 2602 8900) (传真: 2699 4070) (电邮: ntehss@sahk1963.org.hk)
<input type="checkbox"/>	保良局	新界 (2) (荃湾、元朗、天水围)	(电话: 2154 3818) (传真: 2154 3889) (电邮: homecare.nt@poleungkuk.org)
<input type="checkbox"/>	邻舍辅导会	新界 (3) (屯门、葵涌及青衣)	(电话: 2618 0411) (传真: 2618 0198) (电邮: tohc@naac.org.hk)

### I. 申请服务

<b>服务种类</b>	<input type="checkbox"/> 个人照顾 <input type="checkbox"/> 护理照顾 <input type="checkbox"/> 复康训练 <input type="checkbox"/> 护送服务 <input type="checkbox"/> 家居暂顾服务 <input type="checkbox"/> 照顾者支援服务
-------------	---

### II. 申请人个人资料

1. 姓名	(英) _____ (中) _____
2. 性别 / 出生日期	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 / ____年 ____月 ____日
3. 香港身份证 号码	_____, 或豁免登记证明书号码: _____
4. 居住地址及 联络电话 / 电邮	地址: _____ 电话: _____ 电邮: _____

5. 居住地区	<input type="checkbox"/> 中西区 <input type="checkbox"/> 南区 <input type="checkbox"/> 离岛 <input type="checkbox"/> 东区 <input type="checkbox"/> 湾仔 <input type="checkbox"/> 深水埗 <input type="checkbox"/> 九龙城 <input type="checkbox"/> 油尖旺 <input type="checkbox"/> 将军澳 <input type="checkbox"/> 观塘 <input type="checkbox"/> 黄大仙 <input type="checkbox"/> 沙田 <input type="checkbox"/> 大埔及北区 <input type="checkbox"/> 西贡 <input type="checkbox"/> 荃湾 <input type="checkbox"/> 元朗 <input type="checkbox"/> 天水围 <input type="checkbox"/> 葵涌及青衣 <input type="checkbox"/> 屯门
6. 就读学校 (如适用)	<input type="checkbox"/> 特殊学校 <input type="checkbox"/> 特殊学校寄宿服务 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: 学校名称: _____ <hr/> 所属类别: <input type="checkbox"/> 肢体伤残儿童学校 <input type="checkbox"/> 严重智障儿童学校 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明:
7. 现正接受的服务 (可选择多项)	<input type="checkbox"/> 无 社区支援服务: <input type="checkbox"/> 残疾人士地区支援中心 <input type="checkbox"/> 暂托住宿服务 <input type="checkbox"/> 严重肢体伤残人士综合支援服务(现金津贴) <input type="checkbox"/> 严重肢体伤残人士综合支援服务(综合到户支援服务) <input type="checkbox"/> 日间社区康复中心 <input type="checkbox"/> 严重伤残人士日间照顾服务 <input type="checkbox"/> 综合家居照顾服务(体弱个案) <input type="checkbox"/> 综合家居照顾服务(普通个案) <input type="checkbox"/> 改善家居及社区照顾服务 <input type="checkbox"/> 长者日间护理中心 <input type="checkbox"/> 长者社区照顾服务券 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: 日间训练服务: <input type="checkbox"/> 综合职业康复服务中心 <input type="checkbox"/> 辅助就业 <input type="checkbox"/> 庇护工场 <input type="checkbox"/> 残疾人士在职培训计划 <input type="checkbox"/> 展能中心 住宿服务: <input type="checkbox"/> 私营院舍 <input type="checkbox"/> 自负盈亏院舍 <input type="checkbox"/> 辅助宿舍 <input type="checkbox"/> 中度弱智人士宿舍 <input type="checkbox"/> 严重弱智人士宿舍 <input type="checkbox"/> 严重肢体伤残人士宿舍 <input type="checkbox"/> 严重残疾人士护理院 医疗服务: <input type="checkbox"/> 精神科住院服务 <input type="checkbox"/> 非精神科住院服务 <input type="checkbox"/> 日间医院服务 <input type="checkbox"/> 门诊服务, 请注明:
8. 是否正轮候政府 资助院舍	<input type="checkbox"/> 是, 请注明资助院舍类别: _____ <input type="checkbox"/> 否

### III. 有关残疾及健康问题的资料

1. 肢体伤残	<input type="checkbox"/> 并非肢体伤残 <input type="checkbox"/> 四肢瘫痪 <input type="checkbox"/> 下肢瘫痪 <input type="checkbox"/> 左 / 右半身不遂 <input type="checkbox"/> 大脑瘫痪 <input type="checkbox"/> 缺失上或下肢 <input type="checkbox"/> 缺失手 / 脚掌或手 / 脚趾 <input type="checkbox"/> 其他, 请注明: <input type="checkbox"/> 附上医疗报告
2. 智障	<input type="checkbox"/> 并非智障 <input type="checkbox"/> 极度严重 <input type="checkbox"/> 严重 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 轻度 心理评估日期:    年    月    日 <input type="checkbox"/> 附上心理评估报告

