

**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
□ 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  香港柴灣興華(二) 邨安興樓 501-502 室
□ 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)	3547 1171	3547 1170	新界青衣青衣路18 號青富苑青隆閣 LG2層  新界大埔頌雅路11 號富蝶邨社會服務 大樓地下低層

**I. 申請人個人資料**

1. 姓名	(英) (中)		
2. 性別／出生日期	□ 男	□ 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	□ 無	□ 特殊學校	□ 特殊學校寄宿服務
	□ 其他，請註明： 學校名稱： 學校所屬類別： □ 嚴重智障兒童學校 □ 肢體傷殘兒童學校		
	□ 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 <sup>註</sup> ： <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"/> 長者社區照顧服務券 <input type="checkbox"/> 家居支援服務 <input type="checkbox"/> 長者日間護理中心 <input type="checkbox"/> 暫顧服務 <input type="checkbox"/> 特殊幼兒中心 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：  職業康復服務／ 日間訓練： <input type="checkbox"/> 綜合職業康復服務中心 <input type="checkbox"/> 綜合職業訓練中心 <input type="checkbox"/> 殘疾人士輔助就業培訓 <input type="checkbox"/> 庇護工場 <input type="checkbox"/> 展能中心 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：  住宿服務： <input type="checkbox"/> 私營院舍 <input type="checkbox"/> 自負盈虧院舍 <input type="checkbox"/> 輔助宿舍 <input type="checkbox"/> 嚴重肢體傷殘人士宿舍 <input type="checkbox"/> 中度智障人士宿舍 <input type="checkbox"/> 嚴重殘疾人士護理院 <input type="checkbox"/> 嚴重智障人士宿舍 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：  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		

<sup>註</sup>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。

## 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"/> 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 <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
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"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 視覺受損（ <input type="checkbox"/> 失明／ <input type="checkbox"/> 弱視） <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"/> 需要他人攬扶走動 <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"/> 言語治療 <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

- 「主要照顧者」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"/> 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"/> 照顧者支援服務	<input type="checkbox"/> 護理服務 <input type="checkbox"/> 營養／藥物使用 <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"/> 其他，請註明： _____
申請人／監護人／受委人： (請刪去不適用者)	(簽署)	
	電話：	
	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	<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： <hr/>		
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"/> 護理服務 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：	<input type="checkbox"/> 物理治療 <input type="checkbox"/> 日間康復中心 <input type="checkbox"/> 門診治療，請註明診所：	<input type="checkbox"/> 言語治療 <input type="checkbox"/> 日間醫院服務 <hr/>
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"/> 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"/> 照顧者支援服務	<input type="checkbox"/> 護理服務 <input type="checkbox"/> 康復訓練 <input type="checkbox"/> 家居暫顧服務 <input type="checkbox"/> 個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：	<input type="checkbox"/> 營養／藥物使用 <input type="checkbox"/> 改裝家居設施 <input type="checkbox"/> 社區活動 <input type="checkbox"/> 社會工作服務 <hr/>
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"/> 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"/> 照顧者支援服務	<input type="checkbox"/> 護理服務 <input type="checkbox"/> 康復訓練 <input type="checkbox"/> 家居暫顧服務 <input type="checkbox"/> 個人照顧服務 <input type="checkbox"/> 其他，請註明：	<input type="checkbox"/> 營養／藥物使用 <input type="checkbox"/> 改裝家居設施 <input type="checkbox"/> 社區活動 <input type="checkbox"/> 社會工作服務
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：		