|  |
| --- |
| 計劃職員專用 |
| 申請編號： |  |

**周大福慈善基金－精神科醫療資助計劃**

**申請表**

**甲部 轉介機構** 〈填寫申請表格前，請先詳細閱讀「申請指引」〉

1. 機構及單位名稱：

2 檔案編號(如適用者)：

**乙部 申請人概況** 〈18歲以下申請人須由家長或監護人填寫〉

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |  男/女 |
|  (中文)  |  (英文) |
| 1. 出生日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 | 3. 香港身分證/出生證明書號碼：  |
|   |  |
| 4. 地址：  |
|  (區域) / (地區) / (公共屋邨/居屋屋苑) / (私人屋邨/路段/街) / (大廈/座) / (樓層及單位) |
| 5. 聯絡電話：(常用)  | (其他)  |

6. 申請人及**同住**家庭成員經濟狀況

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  家庭成員姓名 | 年齡 | 與申請人關係 | 職業 | 每月收入($) | 資產($) \* | 特殊健康狀況\*\* |
|  |  | *申請人* |  | $ | $ |  |
|  |  |  |  | $ | $ |  |
|  |  |  |  | $ | $ |  |
|  |  |  |  | $ | $ |  |
|  |  |  |  | $ | $ |  |
|  |  |  |  | $ | $ |  |
| 總人數： |  |  |  | 總月入$ |  |  |

\* 資產：包括現金、銀行存款、非自住物業、投資(包括儲蓄保險、基金、股票)及其他可變換現金財產

\*\* 特殊健康狀況：包括申請人及其家人的狀況，如患有其他殘障、抑鬱症、糖尿病等，請附上有關證明文件

7. 有否於社署資助、醫管局或公益金受惠機構接受服務 □ 否 □ 有 (請填下表)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請人及**同住**家庭成員姓名 | 機構名稱 | 接受服務類別 | 服務使用期 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**丙部 申請內容**

1. 申請人輪候公立醫院精神科專科診所名稱及日期：

|  |
| --- |
|  (請附上由公立醫院精神科專科診所發出的証明） |

**丁部 申請人聲明及保證**

本人 (申請人) / (家長 / 監護人\*) 謹此聲明，所呈報之資料均屬真確及並無遺漏，否則本人必須將獲批款項悉數退還予「周大福慈善基金精神科醫療資助計劃」，周大福慈善基金有權拒絕本人或家人日後之申請。

(\* 請將不適用者刪去)

 申請人 ：

 (簽署)

 申請人家長 / 監護人：

 (簽署)

 日期 ：

**戊部 轉介機構 / 診所 / 學校 推薦及覆檢 〈此欄由轉介機構填寫〉**

|  |
| --- |
| 本機構 / 診所 / 學校 已核實申請內容及清楚確知申請人需要經濟援助 |
| 1. 推薦人

簽署： 姓名： (請以正楷填寫)職銜： 電話： 傳真： 電郵：  | 1. 覆檢 *(由所屬機構推薦人上級填寫，如無可刪去)*

簽署： 姓名： (請以正楷填寫)職銜： 電話： 傳真： 日期：  |
| 機構 / 診所 / 學校蓋印 **🡪** |  |

**己部 遞交申請文件及清單 〈此欄由轉介機構填寫〉**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **以下文件必須提交**
 |  |
|  a. □ | 填妥申請表格所需的資料 (**正本**交予本計劃辦事處，**副本**由轉介機構存檔) |
|  b. □ | 香港身分證/出世紙**副本** |
|  c. □ | 家庭收入證明**副本** (申請人及**同住**家人最近一年內之薪俸稅單或由僱主發出最近連續3個月之糧單**及**最近連續3個月之銀行月結單/存摺，需附有戶口持有人姓名和號碼等資料；或其他有助審批的文件) |
|  d. □ | 公立醫院精神科專科診所預約証明文件**副本** |
|  e. □ | **26歲或以上申請人**，推薦人需撰一封推薦信，內容包括個案背景摘要、精神及經濟狀況等有助審批的資料，並以**正本方式**交給本計劃職員 |
| 1. **以下文件就申請人情況及申請項目提交**
 |  |
|  a. □ | 有關申請人及其家人特殊身體健康狀況文件**副本** |
|  b. □ | 其他有助審批申請之文件(請列明： ) |
|  c. □ | 申請人現正是否接受私家精神科醫生診治 / 臨床心理學家輔導治療？□ 否 □ 是，請提供有關證明文件**副本**，如診所收據、轉介信等(請列明： ) |
|

|  |
| --- |
| **庚部 推薦及核准 〈此欄由本計劃填寫〉**1. 由「周大福慈善基金─精神科醫療資助計劃」計劃辦事處主管推薦

□ 推薦□ 不推薦(備註)：  專業服務經理： （簽署）　　　　　日期：　　　　　　　　　　　　　  |

 |

注意：

1. 本計劃收集申請人的個人資料，以作審查用途。於有需要的情況下，本計劃可能會向其他機構、人士及團體收集申請人的個人資料，執行資助審批程序，或因履行法例、政府及監管方面的規定而作出有關之透露，包括在保密的情況下持有、使用、轉移或向下列人士披露申請人的個人資料：i)任何代理機構或與本計劃運作有關的行政或服務機構；ii)其他慈善基金及有關審批委員會及其成員。根據個人資料(私隱)條例，申請人如欲查閱或更改有關此表格上的個人資料，請與本計劃社工聯絡，電話：35525286。若需查閱之資料為非一般資料，本計劃有權酌情收取處理該等查詢的手續費，惟在一般情況下本計劃不會收取任何費用。

2. 根據香港法例第201章《防止賄賂條例》，任何人因提出或處理本申請而提供、索取或接受該條例所指的利益 (例如金錢、饋贈等)，便可能觸犯賄賂罪。任何觸犯賄賂罪的人，一經審訊及定罪，最高可被判處罰款$500,000及監禁7年。

3. 如以郵寄方式遞交申請，請支付足夠郵資，郵寄地址：九龍南昌街332號新生會大樓 2樓，及於信封面寫上「周大福慈善基金─精神科醫療資助計劃」全名，本計劃並不接受電郵或傳真方式遞交申請。

4. 【免責聲明】：在使用本會服務、為本會提供服務、參加本會活動、協助本會舉辦活動時，任何人士(包括義工)應根據個人健康及體力狀況，量力而為；並須遵守本會相關指引及職員／工作人員的指導。本會不須對因不遵從有關指引／指導、人力所無法避免之原因所造成之任何傷害或損害負責。