

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)
2. 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證明)

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 : _____	2. 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證明文件副本
- 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

2. 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: _____)

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。