

## 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. 申請人公立醫院精神科專科門診新症預約便條名稱及日期：\_\_\_\_\_   
(請附上相關文件副本以作證明)

## 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」，本計劃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<sup>^</sup>家長 / 監護人 : \_\_\_\_\_  
(簽署)

日期 : \_\_\_\_\_

<sup>^</sup>若申請人未滿 18 歲，其父母或監護人必須簽署此聲明。

## 戊部 轉介機構 / 學校 推薦及覆檢 〈此欄由轉介機構填寫〉

本機構 / 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 / 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

- 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)
- 香港身分證/出世紙**副本**
- 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)
- 公立醫院精神科專科診所預約證明文件**副本**
- 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

- 有關申請人及其家人特殊身體健康狀況文件**副本**
- 其他有助審批申請之文件(請列明: \_\_\_\_\_)
- 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. 有關申請人\_\_\_\_\_申請「周大福慈善基金—精神科醫療資助計劃」，  
獲計劃辦事處主管

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。
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：**九龍石硤尾南昌街 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。