

## 新生精神康復會 精神科醫療資助及社區支援計劃 申請表格

### 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 申請人個人資料 〈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. 香港出生證明書/身分證號碼：\_\_\_\_\_
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(\$)*	疑患精神病**
		申請人		\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
				\$	\$	
總人數：				總月入\$		

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

\*\* 疑患精神病：包括申請人及其家人的健康狀況，如患有其他長期病、殘障等，請附上有關證明文件副本

#### 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 申請人公立醫院精神科門診預約資料

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，本人已細閱申請指引、載於本表格第 3 頁之的聲明及注意事項並明白有關內容；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「精神科醫療資助及社區支援計劃」，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 計劃內私家精神科醫生配對建議 〈此欄由轉介機構填寫〉

若申請人經審批後獲得資助，建議由計劃內私家精神科醫生：(姓名) \_\_\_\_\_ 跟進。

若申請人經審批後獲得資助，請由計劃職員為申請人進行配對。

# 此欄可由推薦人、申請人及/或其家長/監護人經商討後，以「✓」表達其意願，有關建議僅供計劃社工進行配對時作參考之用，本計劃保留最終配對的決定權。

## 己部 推薦人對本計劃支援承諾 〈此欄由轉介機構填寫〉

推薦人 \_\_\_\_\_ 需承諾，倘若申請人經審批後獲得本計劃資助，將為受惠人進行服務需要評估，協助轉介受惠人接受所屬地區的精神健康綜合社區中心或其他支援服務。

## 庚部 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 →	

辛部 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.  香港出生證明書或香港身分證副本
- c.  家庭收入證明副本 (申請人及同住家人由僱主發出最近連續 3 個月之糧單, 及/或最近連續 3 個月之支薪銀行戶口月結單/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.  通訊地址證明副本, 例如銀行月結單、綜合社會保障援助通知信、水/電/煤繳費通知單等

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: \_\_\_\_\_)

3. 備註 (推薦人可於此方格為申請人補充額外有助本計劃處理審批的特別背景資料, 如其與家人的關係、經濟狀況等)

壬部 推薦及核准 〈此欄由本計劃填寫〉

有關申請人\_\_\_\_\_申請「精神科醫療資助及社區支援計劃」, 獲計劃辦事處主管

推薦

不推薦(備註): \_\_\_\_\_

專業服務總經理/督導主任/社會工作主任: \_\_\_\_\_  
(簽署)

日期: \_\_\_\_\_

聲明及注意事項:

1. 本計劃由周大福慈善基金、傅德蔭基金及施永青基金共同資助。
2. 【收集個人資料聲明】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)任何轉介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: 3552-5286。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。
3. 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。
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。
5. 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「精神科醫療資助及社區支援計劃」全名, 本計劃並不接受電郵或傳真方式遞交申請。
6. 本會保留一切有關為本計劃所作的決定, 以及其運作等所引起任何爭議之最終決定權。