

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 / 單位

1. 機構及服務單位名稱 _____
2. 機構檔案編號 _____

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. 年齡 / 出生日期: _____ 3. 香港身份證號碼: _____
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. 電話號碼: (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，如其他殘障、精神病、長期病患等，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	服務使用期

丙部 申請內容

1. 申請人輪候政府精神科診所名稱及日期: _____

(請附上由政府醫院/診所所有關證明)

丁部 申請人聲明及保證

1. 本人 _____ / (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 / 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 / 單位推薦及覆檢 (醫療機構醫生或社會服務機構註冊社工)

本機構 / 單位已核實申請內容及清楚確知申請人需要經濟援助	
1. 推薦 簽署： _____ 姓名： _____ (請以正楷填寫) 職銜： _____ 電話： _____ 傳真： _____ 日期： _____	2. 覆檢 (由機構 / 單位推薦人上級，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 / 單位印章→	

己部 遞交申請文件及清單 (由轉介機構/單位填寫)

1. 以下文件必須提交

- a. 填妥申請表格所需的資料 (一式兩份，正本交本計劃辦事處，副本由轉介機構存檔)
- b. 身份證副本
- c. 家庭收入證明副本 (申請人及同住家人報稅表及銀行戶口結餘或 3 個月內之銀行月結單，需附有持有人姓名頁面；或其他文件)
- d. 政府醫院 / 精神科診所預約證明文件副本

2. 以下文件就申請人情況及申請項目

- a. 有關特殊身體狀況文件副本 (適用於肢體殘障、長期病患、精神病及其他特殊需要)
- b. 其他有助審批申請之文件(請列明： _____)

庚部 推薦及核准 〈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。