

新生精神康復會
精神科醫療資助及社區支援計劃
第五期（2025-2027 年度）
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. 通訊地址：_____
- (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. 申請人疑似精神健康問題：_____ 7. 申請人正領取綜合社會保障援助：是/否
8. 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 (\$) ¹ | 資產 (\$) ² |
|--------|----|--------|----|------------------------|----------------------|
| | | 申請人 | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | \$ |
| | | | | \$ | \$ |
| 總人數： | | | | 總月入\$ | |

9. 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 |
|--------------|------|--------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

¹ 收入：包括工資（扣除強制性公積金計劃的僱員強制性供款）、提供服務的報酬、業務盈利、租金收入、由政府或非政府提供的金錢資助等（例如綜援、長者生活津貼、在職家庭津貼等）

² 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

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（醫院／診所）：_____

申請人公立醫院精神科專科門診**新症**預約便條（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³）_____ 謹此聲明，本人已細閱申請指引、以下聲明及注意事項，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。

1. 本人明白及同意新生精神康復會（下稱「新生會」）精神科醫療資助及社區支援計劃收集本人個人資料的目的，是基於本人向新生會申請服務。如果本人所提供的資料不足，新生會未必能夠處理本人之申請或向本人提供服務。
2. 本人同意新生會就上述申請收集本人的個人資料，包括（但並不限於）向有關政府部門、醫院管理局、提供資助的機構、其他非政府組織或人士收集本人的相關資料，並同意這些政府部門、醫院管理局、提供資助的機構、其他非政府組織或人士向新生會提供所需資料。
3. 除非是個人資料（私隱）條例所訂定的豁免情況，本人明白可以書面⁴聯絡專業服務總經理（社區服務）、社會工作主任或督導主任，查閱或更正本人的個人資料。
4. 本人同意，為處理此服務申請、提供持續服務、進行個案轉介或在緊急情況下，新生會可在必要時將本人的個人資料提供予相關的第三方，包括但不限於：
 - a. 政府部門、醫院管理局、提供資助的機構；
 - b. 其他提供醫療、社會服務或康復服務的非政府組織或專業人士，例如醫生、社工、治療師等；
 - c. 對本人之照顧或支援所必需的其他相關方，例如本人的家人、照顧者或學校代表。
5. 本人確認，在參與或協助任何新生會的服務與活動時，將自行評估個人健康狀況並量力而為。本人明白部分活動可能存在固有風險（包括但不限於身體受傷、財物損失等），本人是自願參加並同意承擔此等風險。本人承諾遵守新生會的所有相關指引及職員／工作人員的現場指導。
本人同意，在法律允許的最大範圍內，若任何傷害或損失是因本人未有遵守指引、自身疏忽、或超出個人能力範圍而引致，新生會及其職員、代理人或義工無須為此承擔任何法律責任。同樣地，對於因不可抗力事件（如極端天氣、自然災害等）所造成的損害，新生會亦無須負責。然而，本條款的任何內容，均不旨在免除或限制新生會因其疏忽而引致人身傷亡的法律責任。

³ 請將不適用刪去

⁴ 電郵：pms@nlpra.org.hk（請於電郵主旨註明「查閱或更正個人資料」）
書面郵寄至：九龍石硤尾南昌街 332 號新生會大樓 2 樓「精神科醫療資助及社區支援計劃」（請於信封面註明「查閱或更正個人資料」）

6. 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。
7. 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。

8. 直接推廣安排：

本會擬使用您的個人資料（包括您的姓名、電話、電郵及通訊地址），以便向您提供本會的最新資訊，包括服務推廣、課程、收費活動、籌款呼籲等。根據法例，在未取得您的同意之前，我們不能使用您的個人資料作此用途。

請剔選以下選項以表示您的意願：

本人同意 接收新生精神康復會發出的上述直接促銷資訊。

（您可以隨時以書面⁵或電話⁶方式通知本會，要求停止接收直接促銷資訊，費用全免。）

| | |
|-------------------------------|--|
| 申請人簽署： | |
| 申請人姓名： | |
| 申請人香港身份證號碼： | |
| 日期： | |
| 申請人父／母／監護人 ^{7,8} 簽署： | |
| 申請人父／母／監護人 ^{7,8} 姓名： | |
| 日期： | |
| 見證人簽署： | |
| 見證人的姓名及職位： | |
| 檔案： | |
| 日期： | |

⁵ 電郵：pms@nlpra.org.hk（請於電郵主旨註明「停止接收直接促銷資訊」）
書面郵寄至：九龍石硤尾南昌街 332 號新生會大樓 2 樓「精神科醫療資助及社區支援計劃」（請於信封面註明「停止接收直接促銷資訊」）

⁶ 電話：3552 5286

⁷ 未滿 18 歲之申請人，需由家長或監護人簽署

⁸ 請將不適用刪去

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僅作參考之用，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 〈此欄必須由轉介機構填寫〉

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，及鼓勵申請人及其家庭成員或照顧者（如適用）參加至少一項由本計劃舉辦的社區支援活動。

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（請確保戊部、己部及庚部已完整填妥並蓋印。正本交予本計劃辦事處，副本由轉介機構存檔）
- b. 申請人之香港出生證明書 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/或提供收入自述書，申報其最近連續三個月每月收入的金額（發放薪酬的方式）、職位、全職／兼職等資助，並且需要自述者親筆簽署確認，並按需要提供其他有助審批的文件〕
- d. 家庭資產證明副本：（申請人及同住家人有銀行戶口需提供最近連續 3 個月之銀行戶口月結單／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）
*如申請人是綜援人士，只需提供「醫療費用豁免證明書」（列有申請人姓名）；或申請獲准「綜合社會保障援助」通知書；及領取綜合社會保障援助金之銀行戶口最近 3 個月的月結單／存摺，須顯示該月援助金額的紀錄。
- e. 公立醫院精神科專科門診預約證明文件副本
- f. 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 〈推薦部分由本計劃職員填寫〉

有關(申請人) _____ 以上「精神科醫療資助及社區支援計劃」之申請,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: _____

癸部 遞交方法及聯絡資料

遞交方法: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。

聯絡資料:

「精神科醫療資助及社區支援計劃」

地址: 九龍石硤尾南昌街 332 號新生會大樓 2 樓

電話: 3552 5286

電郵: pms@nlpra.org.hk

計劃網站: <http://pms.nlpra.org.hk>