

賽馬會「動·絡」新傷殘人士支援計劃

轉介／自行申請表格

I. 申請人基本資料：

姓名：	(中文)		(英文)	
出生日期：	性別：	聯絡電話：		
地址：				
教育程度：	<input type="checkbox"/> 小學	<input type="checkbox"/> 初中	<input type="checkbox"/> 高中	<input type="checkbox"/> 大專或以上
婚姻狀況：	<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 離婚	<input type="checkbox"/> 鰥寡 <input type="checkbox"/> 其他(請註明)
工作狀況：	<input type="checkbox"/> 全職	<input type="checkbox"/> 半職/兼職	<input type="checkbox"/> 待業/無業	<input type="checkbox"/> 其他
居住狀況：	<input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與家人同住			
經濟狀況：	<input type="checkbox"/> 薪金	<input type="checkbox"/> 積蓄	<input type="checkbox"/> 綜援	<input type="checkbox"/> 家人支持 <input type="checkbox"/> 其他
傷殘狀況：	<input type="checkbox"/> 器官殘障:_____		<input type="checkbox"/> 長期病患:_____ <input type="checkbox"/> 肢體傷殘:_____	
活動能力：	<input type="checkbox"/> 依賴輪椅		<input type="checkbox"/> 行動需協助	<input type="checkbox"/> 獨立走動
使用助行器具：	<input type="checkbox"/> 拐杖	<input type="checkbox"/> 手叉	<input type="checkbox"/> 助行架	<input type="checkbox"/> 手動輪椅 <input type="checkbox"/> 電動輪椅
自理能力：	<input type="checkbox"/> 自行處理		<input type="checkbox"/> 部分需要協助	<input type="checkbox"/> 大部分需協助

II. 照顧者資料

姓名：	(中文)		(英文)	
出生日期：	性別：	聯絡電話：		
工作狀況：	<input type="checkbox"/> 全職	<input type="checkbox"/> 半職/兼職	<input type="checkbox"/> 待業/無業	<input type="checkbox"/> 其他

III. 申請人家居生活狀況：

申請人的主要診斷/病歷：		
出院/入院日期：		
有否耐藥性細菌感染？	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有，請註明：
有否特殊護理需要？	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有，請註明：
現時有否接受醫院/社區服務？	<input type="checkbox"/> 沒有	<input type="checkbox"/> 有，請註明：

IV. 申請 / 轉介原因 (例如所需服務/使用者及家人的困難)

V. 轉介來源: 醫院 機構 自行申請

轉介機構/醫院：	轉介者姓名：	轉介者職位：
電話：	傳真：	電郵：